

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS
BICHAT - BEAUJON —

Année 1971

THESE

N°

7

Pour Le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

par

RATSIMISETA PAUL

né le 14 MAI 1925 à TANANARIVE
MADAGASCAR

Présentée et soutenue publiquement le 10 FEVRIER 1971

L' AMPULLOME VATERIEN

Président Mr LUCIEN IBOCQUET Professeur

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1971

IBICHAT-IBEAUJON

THESE

N°

Pour Le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

par

RATSIMISETA PAUL

né le 14 MAI 1925 à TANANARIVE
MADAGASCAR

Présentée et soutenue publiquement le

1971

L' AMPULLOME VATERIEN

Président Mr LUCIEN IBOCQUET Professeur

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

RICHT-BAULON

THÈSE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme n° 249

RATSIMISITRA - RAO

NÉ LE 10 MAI 1922 à TANANARIVE

MADAAGASCAR

Présentée et soutenue publiquement le



L'AMPUILLON VATERIEN

Président: M. LUCIEN BOCQUET

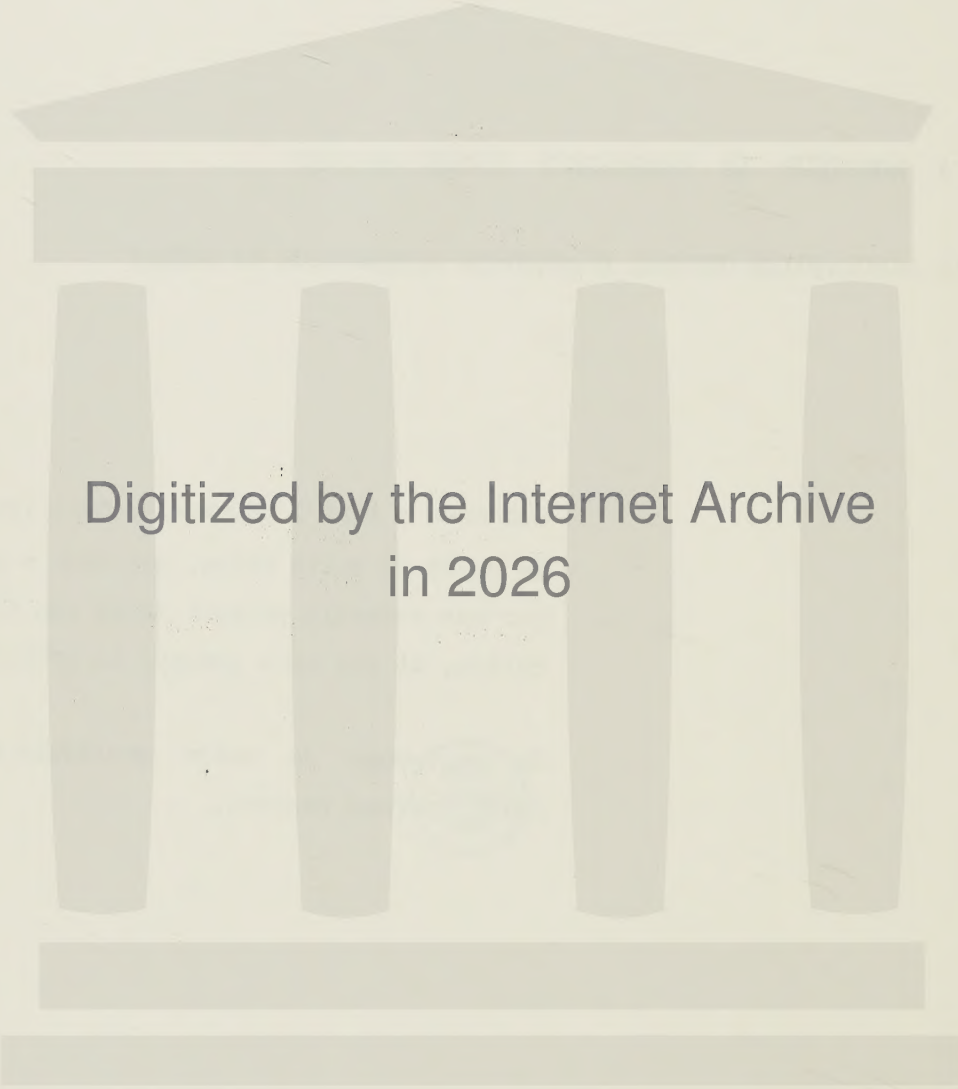
A MONSIEUR LE PROFESSEUR LUCIEN BOCQUET

CHEF DU LABORATOIRE CENTRAL D'ANATOMIE PATOLOGIQUE DE BICHAT

Qui nous a fait l'honneur de nous fournir
le sujet de cette thèse, qui nous a guidé
par ses conseils pendant toute son élaboration,
et qui en a accepté la présidence

En témoignage de notre gratitude et de
notre profond respect.

A



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550419_0017

A MADAME LE DOCTEUR C L A U D I E M A R C H E

qui nous a beaucoup aidé dans
l'exécution matérielle de cette
thèse et qui nous a particulière-
ment prodigué ses conseils durant
notre séjour à BICHAT.

En témoignage de notre gratitude et de
notre amitié

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ ETIENNE MARTIN
ASSISTANT DE BIOLOGIE DES HOPITAUX DE PARIS

dont l'amitié agissante nous a été précieuse
pendant notre séjour à Bichat et pour la
rédaction de ce travail

en témoignage de notre gratitude et de notre
amitié.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ALBERT
Chef du service de chirurgie, Hôpital ARCHANGE-ORSAY

A MONSIEUR LE DOCTEUR CORSON
Chirurgien de l'hôpital ARCHANGE - ORSAY (Essone)

Pour leurs conseils et leur amitié
qui nous ont été précieux pendant
notre séjour en France.

En témoignage de notre gratitude
et de notre amitié.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ A. BISMUTH
Chirurgien de l'hôpital Bichat

A MONSIEUR LE PROFESSEUR Charles DEBRAY
Chef du service de Médecine de l'hôpital Bichat

A MONSIEUR LE DOCTEUR HEPP
Chirurgien de l'hôpital Bichat

A MONSIEUR LE DOCTEUR MOREAU
Chirurgien de la clinique médico-chirurgicale de Choisy

A MONSIEUR LE PROFESSEUR M. ROUX
Chirurgien de l'hôpital de Vaugirard

qui nous ont permis d'utiliser les
dossiers de leurs services respectifs.

En témoignage de notre reconnaissance.

INTRODUCTION

Sur l'ampullome vatérien, trois notions sont classiques :

- . Rareté,
- . Basse évolutivité,
- . Tendance réduite à donner des métastases.

A priori, elles évoquent une affection dont l'issue est favorable.

En réalité, le pronostic est plutôt préoccupant. En définitive, deux malades sur trois en meurent. Le diagnostic est souvent tardif. Le patient est confié au chirurgien alors que son état général est déjà sérieusement compromis. Le traitement curatif, s'il est encore possible, s'obtient alors au prix d'importantes mutilations. En outre, il n'est pas rare qu'il soit dépassé par le processus malin dans la mesure où la récurrence ou la métastase, à une échéance plus ou moins lointaine, annulent finalement ses bénéfices.

Bright publia le premier cas d'ampullome vatérien en 1835. Un siècle après, l'ère de la cure radicale commença avec Whipple, par l'opération qui porte son nom. Depuis l'effort continu pour mieux connaître la maladie, pour mieux sélectionner les cas judiciables de résection large, pour améliorer la technique chirurgicale, a eu pour résultat de ramener le taux de mortalité post-opératoire, extrêmement élevée au début, à un chiffre respectable (moins de 10 %) et même nul, semble-t-il, à l'heure actuelle, pour certaines équipes entraînées.

Dans ce travail, nous analyserons quelques traits caractéristiques de cette affection sous l'angle :

- . terminologique,
- . clinique,
- . anatomo-pathologique.

Des considérations d'ordre thérapeutique seront envisagées à la fin.

Le matériel utilisé comprend trente dossiers de malades. Ils proviennent de trois services parisiens dirigés respectivement par le professeur Charles Debray, le docteur Hepp et le docteur Moreaux à qui nous adressons une fois de plus notre sincère gratitude.

TERMINOLOGIE

Pour désigner les tumeurs de la région vaticienne, il y a de nombreuses dénominations. Ceci est un fait qui a son importance, dans la mesure où ces dénominations prêtent à confusion.

Des auteurs, comme K. Gyr, englobent par exemple, sous le nom générique de PERIAMPULLARE KARZINOM :

- . le cancer de la papille,
- . le cancer de la tête du pancréas,
- . le cancer du duodénum,
- . le cancer du bout distal du cholédoque.

Il existe, en effet, une unité certaine dans l'historique, la symptomatologie et la thérapeutique de ces maladies.

Les dénominations varient d'ailleurs suivant les pays. Italiens et Allemands utilisent volontiers les termes de "tumeur de la papille de Vater", tandis que Français et Latino-américains emploient ceux de "tumeurs de l'ampoule de Vater". Dans la majorité des protocoles, les mots "ampoule" et "papille", sont censés désigner le même objet et sont interchangeables.

Ceci débouche sur une certaine imprécision préjudiciable à l'établissement d'une base solide pour la nomenclature. Nordecke et collaborateurs l'ont récemment souligné à propos des tumeurs des voies biliaires. En effet, une tumeur de la papille peut être entendue comme une tumeur de la caroncule majeure sans précision de siège, et une tumeur de l'ampoule comme une tumeur du versant ampullaire de la papille, l'ampoule étant anatomiquement la confluence, d'ailleurs inconstante, des canaux biliaire et pancréatique dans la papille.

Carnot et Soupault ont introduit pour la première fois les termes de "ampullomes vaticiens" pour désigner les tumeurs de la région vaticienne.

Férolodi retient parmi les cancers de l'ampoule toute néoformation issue de l'ampoule, de l'extrémité distale intra-murale des canaux biliaire et pancréatique, de la caroncule majeure et des formations péri-ampullaires. Mais il propose de réserver le nom d'ampullome vaticien aux manifestations prémaligènes de l'ampoule.

Il semble pourtant que le sens restreint prêté par Féroldi à l'ampullome vaterien ne soit pas retenu puisque presque tous les auteurs, et avant tout, les Français, désignent actuellement par ampullome vaterien les tumeurs de la papille de Vater dont 9 cas sur 10 sont malins. En définitive, ce nom signifie, d'une manière habituelle, tumeur maligne de la papille.

Il sort du cadre de ce travail de discuter l'avantage d'une dénomination ou d'une autre. Le nom d'Ampullome vaterien correspondra ici à la définition des cancers de l'ampoule selon Féroldi, et l'usage des mots : papille et ampoule, sera subordonné aux exigences de localisation de la lésion (Cf. schéma n° 2, page 29).

Mais on comprend que les termes de "périampullare karzinom" ou de "carcinome péripapillaire" soient largement utilisés lorsqu'on se rend compte de la rareté de l'ampullome vaterien à l'état pur (cf. page 7). Au moment du diagnostic opératoire, les structures avoisinantes, telles que la paroi duodénale, la tête du pancréas ou le bas cholédoque, sont très souvent atteintes, ce qui commande, si elle est possible, une exérèse large et justifie par là-même, la dénomination de carcinomes périampullaires qui ne tient compte :

- . ni du point de départ,
- . ni de la variété histologique

puisque, dans ces conditions, il ne paraît pas illogique que la tumeur soit évaluée en terme d'extension.

Cependant, à l'heure actuelle, l'impression prévaut d'une fréquence non négligeable des cas d'ampullome vaterien. Ceci provient probablement du fait que le médecin de famille confie plus rapidement ses clients au chirurgien, sur simple suspicion, le diagnostic précis étant de toutes façons opératoire. Et cette situation ne laisse pas finalement de créer un besoin de classification, de localisation, de désignation moins vagues malgré la tendance générale à la régionalisation et partant à l'imprécision.

Mais, en 1944, Salvatore Ferrandi écrivit que la nomenclature : tumeur vaterienne ou péri vaterienne, se veut avant tout pratique. "En vouloir une autre plus rigoureusement appropriée, selon lui, serait non seulement moins pratique, mais aussi à l'heure actuelle plutôt difficile sinon impossible.

CONSIDERATIONS GENERALES D'ORDRE CLINIQUE

Le diagnostic précoce de l'ampullome vaterien est le rêve rarement réalisé du chirurgien. Les examens complémentaires sont de plus en plus nombreux et perfectionnés, mais la clé du problème réside presque exclusivement dans le "flair" du médecin familial qui doit placer les signes d'emprunt dans leur contexte véritable et sans tarder diriger son malade vers l'hôpital.

Il n'est pas dans notre intention de reprendre l'étude complète de l'ampullome vaterien. Divers auteurs, et notamment Caroli en France, en ont fait une description remarquable. Nous nous bornerons donc à analyser quelques faits cliniques.

INCIDENCE :

L'ampullome vaterien est relativement rare. Mais les chiffres avancés par les auteurs sont très variables. En 1916, sur 44.268 nécropsies, Ferrari (1) rapporte des cas d'ampullome vaterien dans une proportion de 0,023 %. Ils représentent alors 0,28 % de toutes les tumeurs. En 1937, l'incidence par rapport à toutes les tumeurs est de 0,05 % pour Roscher (2) et 0,45 % pour Cooper (2). Vingt quatre cas sur 56.000 autopsies sont rapportés dans l'"Atlas of tumour pathology". Orcel a trouvé huit cas d'ampullomes vateriens sur 28 cas de cancers biliaires (1958), tandis que Nordecke et Bohme font état de 13 cas authentiques sur 45 (1969) (Cf. Tableau N°2).

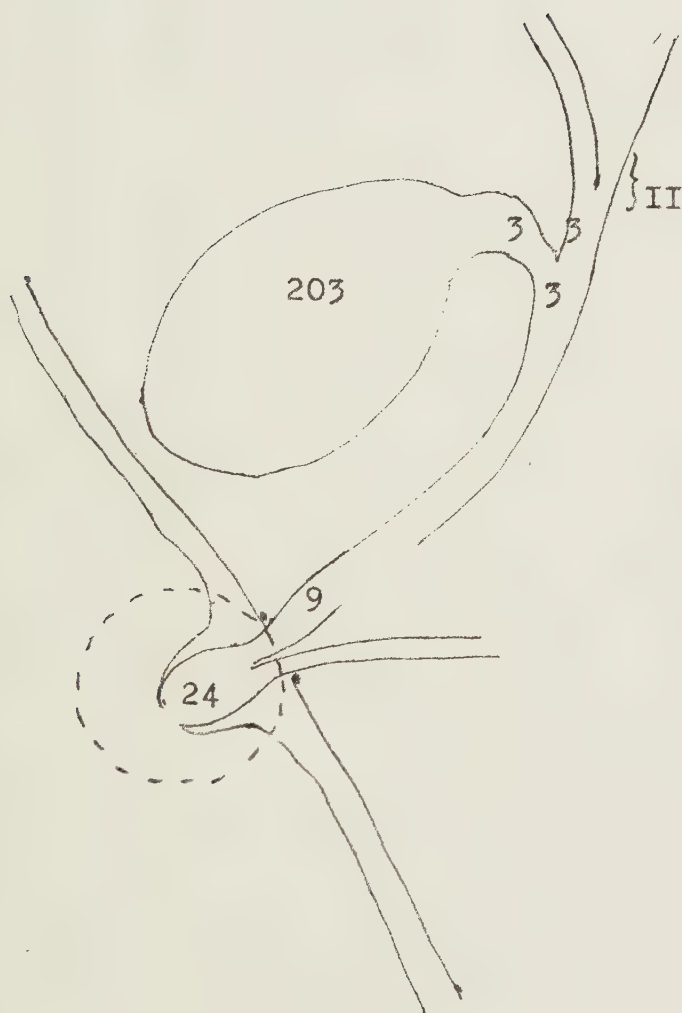
Sur les 56.000 autopsies citées plus haut, ont été retrouvés :

. l'ampullome vaterien	24 fois,
. le cancer du bas cholédoque	9 fois,
. le cancer du carrefour des canaux hépatiques . . .	11 fois,
. le cancer du tronc commun des canaux hépatiques .	3 fois,
. le cancer du canal cystique	3 fois,
. le cancer du cholédoque proximal	3 fois,
. le cancer de la vésicule	203 fois
(Schéma n° 1, page 8).	

(1) Cité par Ferrandu

(2) Cités par Péri G. Trivellini.

SCHEMA N°I
 emprunté à l'"ATLAS of
 tumour PATHOLOGY"
 des FORCES américaines.



Répartition des cancers
 des voies biliaires
 extra hépatiques

Cependant, on admet habituellement que le cancer des canaux biliaires est plus fréquent que celui de l'ampoule, mais deux fois plus rare que celui de la vésicule (Thèse 1960, de M. Couland Christian).

AGE ET SEXE DES MALADES

Au moment du diagnostic, l'âge du malade varie entre 15 et 80 ans (Liebert et collaborateurs). Le plus gros contingent est formé par les patients âgés de 50 à 70 ans (Thèse 1961, de M. Epfelbaum). La sixième décade est la plus frappée (tableaux 1 et 2).

Tableau 1 : REPARTITION SELON LES AGES :
(notre série)

	Hommes	Femmes	total
Moins de 30 ans (1)		1	1
4 ^e décade	4	2	6
5 ^e me décade	4	5	9
6 ^e me décade	4	5	9
7 ^e me décade	3	1	4
8 ^e me décade		1	1
	15	15	30

(1) Il rentre dans ce cadre une jeune femme de 27 ans.

L'ampullome vatérien suit la règle générale quant à l'âge du sujet au moment de la découverte du cancer. Avec les tumeurs malignes du colon en particulier, il offre à ce propos un parallélisme remarquable que l'on retrouve d'ailleurs sur d'autres plans.

Dans nos dossiers il y a :

- Un cas de malade ayant 27 ans,
- 6 • cas de malade ayant la quarantaine,
- 9 cas de malades ayant la cinquantaine,
- 9 cas de malades ayant la soixantaine,
- 4 cas de malades septuagénaires,
- 1 cas de malade octogénaire.

ERRATA

PAGES	N° des tableaux	N° des colonnes
10-12	2-3	4
15	5	8
68-70-71	14-16-17	1
69	15	4
70	17	4

PAGES	LIGNES	INDICATION
13	24	lire
18	14	-
22	1	-
22	2	-
24	12	-
27	26	-
28	9	-
31	18	-
32	3	-
41	25	-
64	après 25	ajouter
71	8	lire

DOSSIERS	PARAGRAPHES	INDICATION
1		lire
5	histoire de la malad.	ajouter à la fin
14	R.CR.OP.	-
15	Antécédents	-
22	Suites immédiates	-
23	-	-
30	H histoire de la maladie	mettre après "actuellement"

LIRE:

K. des canaux hépatiques
le signe précède l'ictère
(et non l°signe)
récidives + extensions
loco-régionales
30 (au lieu de 3)
infiltration loco régio-
nale avec adénopathie

TEXTE

dossiers N°5 et 9 (au lieu
de dossiers N°5 et 20)
tableau 6 (au lieu de ..3)
sauf 3 qui ont subi en plus
dossiers N° 18-10-1
soit rectiligne soit irrégulier
3 mm (au lieu de 4mm)....12
Dans 15% des cas où....intra
duodénal, il existe etc...
qui mérite beaucoup d'attention
moins de (70 cas...)
adénoacanthomes (et non acanthomes)
Mongé J.J., Malcolm B. Dockerty.
dossier N°15 (supprimer 30)

27 - 8 - 1960 et 30 - 9 - 1960
et le prurit serait le 1°
signe
grosse vésicule et VBP élargie
La 1° opération date du 1.6.1970
A part quelques épisodes de
glucosurie
des suites d'une hémorragie
digestive

II Juillet 1970

Tableau n° 2 : AGE DES PATIENTS (Nordecke und Böhm) :

Age :	Nombre des opérés des voies biliaires.	Carcinomes authentiques :				Tumeurs de nature carcinomateuse non confirmée.	
		K. de la vésicule	K. du canal hépatique	K. du Cholédoque	K. de l'Ampoule	Tumeurs vésiculai.	Tumeurs ampullai.
Nombre	1.418	20	7	5	13	17	18
100 %							
18-19 ans	10	0	0	0	0	0	0
%	1 %	0	0	0	0	0	0
20-29 ans	135	0	0	0	0	0	0
%	10 %	0	0	0	0	0	0
30-39 ans	218	0	0	0	0	0	0
%	15 %	0	0	0	0	0	0
40-49 ans	293	1	0	0	0	0	1
%	21 %	5 %	0	0	0	0	6 %
50-59 ans	391	3	1	1	2	3	5
%	28 %	15 %	14 %	20 %	15 %	18 %	28 %
60-69 ans	268	8	3	1	5	10	5
%	19 %	40 %	43 %	20 %	39 %	59 %	28 %
70-79 ans	79	6	2	2	4	4	6
%	5 %	30 %	29 %	40 %	31 %	23 %	33 %
80-89 ans	12	11	0	1	2	0	1
%	1 %	5 %	0	20 %	15 %	0	6 %
Age inconnu	12	1	1	0	0	0	0

On note la prépondérance de la 6ème décade.

Il y a autant de femmes que d'hommes, soit 15 pour chaque sexe, alors que la prévalence des hommes dans cette affection est classiquement admise. Liebert, Stewart et Lund ont trouvé sur 222 cas, une proportion de 62 % en faveur du sexe masculin. Nordecke et Böhm dénombrent dans leur statistique, une fois et demi plus de femmes que d'hommes (tableau 3).

Dans notre série l'âge moyen, au moment de l'opération, est de 56,6 ans pour les hommes et 60,2 ans pour les femmes. Dans la statistique de K. Gyr, l'âge moyen

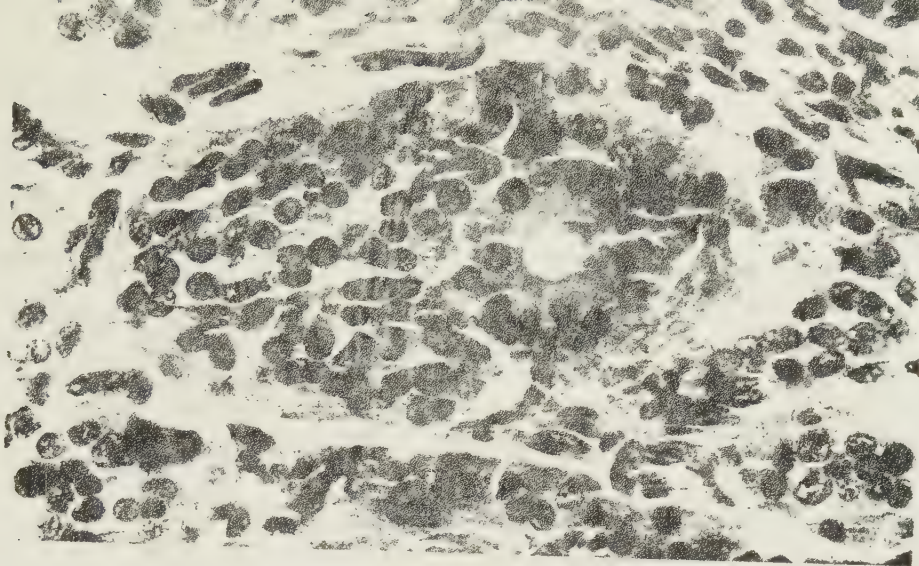


Photo N°1
tumeur carcinoïde, les cellules sont à noyaux arrondis et à limites cytopl. peu nettes. arrang. en amas et ébauche de tube



Photo N°2
Cellules de type intestinal. La bordure à plateau strié est bien visible

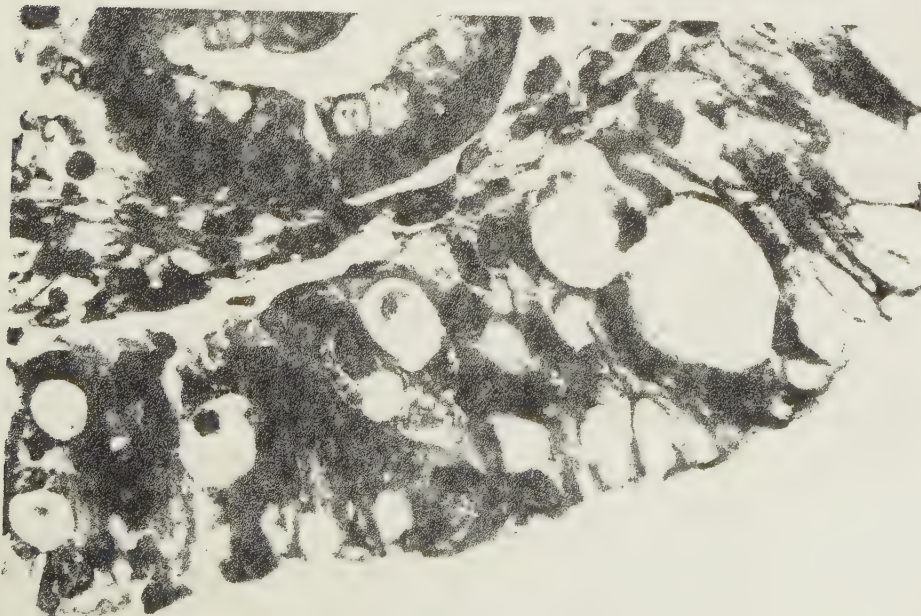


Photo N°3
A.V. à cellules de type intest. Cellules à gobelets très nombreuses

est, dans les mêmes conditions de 67,3 ans pour les femmes et 64,3 pour les hommes (y compris tumeurs de la tête du pancréas).

Tableau n° 3 : REPARTITION SELON LES SEXES (Nordecke und Böhm).

	Nombre des opérés des voies biliaires :	Carcinomes authentiques :				tumeurs de nature carcinomateuse non confirmée	
		K. de la vésicule.	K. du canal hépatique	K. du cholédoque	K. de l'ampoule	Tumeur Vésiculai.	tumeur Ampullai.
Nombre	1.418	20	7	5	13	17	18
Hommes	1.130	20	7	4	8	13	9
Femmes	80 %	100 %	100 %	80 %	62 %	77 %	50 %
Hommes	288	0	0	1	5	4	9
Femmes	20 %	0	0	20 %	38 %	23 %	50 %

On note la prépondérance des femmes sur les hommes dans l'ampullome vaterien, selon cette statistique.

SYMPTOMATOLOGIE :

Elle est précoce, riche, mais déroutante.

Début :

Il est variable et se fait selon trois modes, à savoir : le mode aigu, le mode progressif et le mode progressif suivi de phases aiguës. Les signes du début revêtent une certaine importance dans la mesure où ils sont susceptibles :

- ou de donner assez vite une indication, et on conçoit le bénéfice que le patient peut en tirer ;
- ou, au contraire, d'égarer pendant longtemps le diagnostic, avec comme conséquence le mauvais état général et l'inopérabilité.

Liebert et collaborateurs ont fait une liste de ces signes de début sur les 222 cas qu'ils ont observés.

. Début brutal : 178 fois,

Le premier signe peut être, par ordre de fréquence : l'ictère, la douleur, une perte de poids en quelques semaines, l'anorexie, le vomissement, la fièvre, la nausée, la constipation, la diarrhée, les frissons, une sensation de pesanteur dans l'abdomen, dyspepsie, épigastralgie, éructation, flatulence, distension abdominale.

. Début progressif : 29 fois,

toujours par ordre de fréquence, le premier signe peut être : la douleur, l'anorexie, la perte de poids, la sensation de pesanteur ou de pesanteur intra abdominale, l'ictère, le vomissement, la diarrhée, plus rarement la fièvre, météorisme abdominal, la flatulence, la dyspepsie, la constipation, l'éructation.

. Début progressif suivi de phases aiguës : 15 fois,

on relève la douleur, l'ictère, la sensation de pesanteur, le vomissement, la constipation.

Pour notre part, nous avons trouvé 15 débuts progressifs et 11 aigus.

L'installation progressive s'est faite :

- 6 fois par l'ictère,
- une fois par la douleur de l'hypocondre droit,

Sur le mode aigu, la maladie débute :

- 5 fois par la douleur,
- 3 fois par la fièvre et les frissons,
- 4 fois par l'ictère, (tableau n° 4, voir page 14).

Parmi les signes possibles, à part ceux déjà cités, nous avons trouvé :

- le prurit 2 fois (dossiers n° 5 et 20),
- la diarrhée graisseuse : une fois (dossier n° 14).

Mais, classiquement on reconnaît à "l'ampullome vaterien, une phase pré-ictérique pendant laquelle la maladie ne pourra être diagnostiquée". (Caroli).

Cette phase comporte :

- . un malaise, un certain degré d'altération de l'état général, une sensation de pesanteur, de douleur dans l'hypocondre droit, des accès de fièvre, des frissons,

parfois une diarrhée. Le prurit peut précéder l'ictère. Il n'est pas rare de trouver à cette phase des douleurs de type colique hépatique qui font soupçonner la lithiasé et qui s'accompagnent parfois d'ictères passagers.

Tableau 4 La symptomatologie :

	Début		Ictère comme		Douleur		Angiocholite		Anémie	
	Progres.	aigu	1 ^o signe	Présent	1 ^o signe	Présente	absente	présente	absente	présent.
moins de 10 ans	-	1	-	1	1	1	-	1	-	1
1 ^o Déc.	3	2	2	4	-	3	1	4	1	4
2 ^o Déc.	4	3	1	8	3	5	5	2	3	5
3 ^o Déc.	6	2	5	8	1	4	3	6	8	-
4 ^o Déc.	6	3	2	3	1	2	2	2	3	1
5 ^o Déc.	1	-	-	-	-	-	-	1	1	-
TOTAL :	15	11	10	26	6	15	11	16	16	11

Cette phase pré-ictérique a une durée variable, allant de quelques semaines à plusieurs mois, voire plusieurs années.

Période d'état :

Puis la période d'état s'installe, caractérisée par le maître signe : l'ICTERE.

Il s'agit d'un ictère par rétention. Les symptomes sont les mêmes que ceux de la lithiasé du cholédoque ou ceux du cancer de la tête du pancréas, à quelques nuances près.

Il existe un gros foie, une grosse vésicule "signe qui ne manque pour ainsi dire jamais, selon Caroli, mais qui serait seulement cliniquement décelable dans moins de la moitié des cas, selon Salvatore Ferrand (49,9 %) pour des raisons d'ordre local :

- ectopie vésiculaire,
- météorisme abdominal, par exemple.

Une vésicule grosse, rénitente, palpable a été trouvée chez 13,2 % de nos malades avant le diagnostic opératoire (tableau 5).

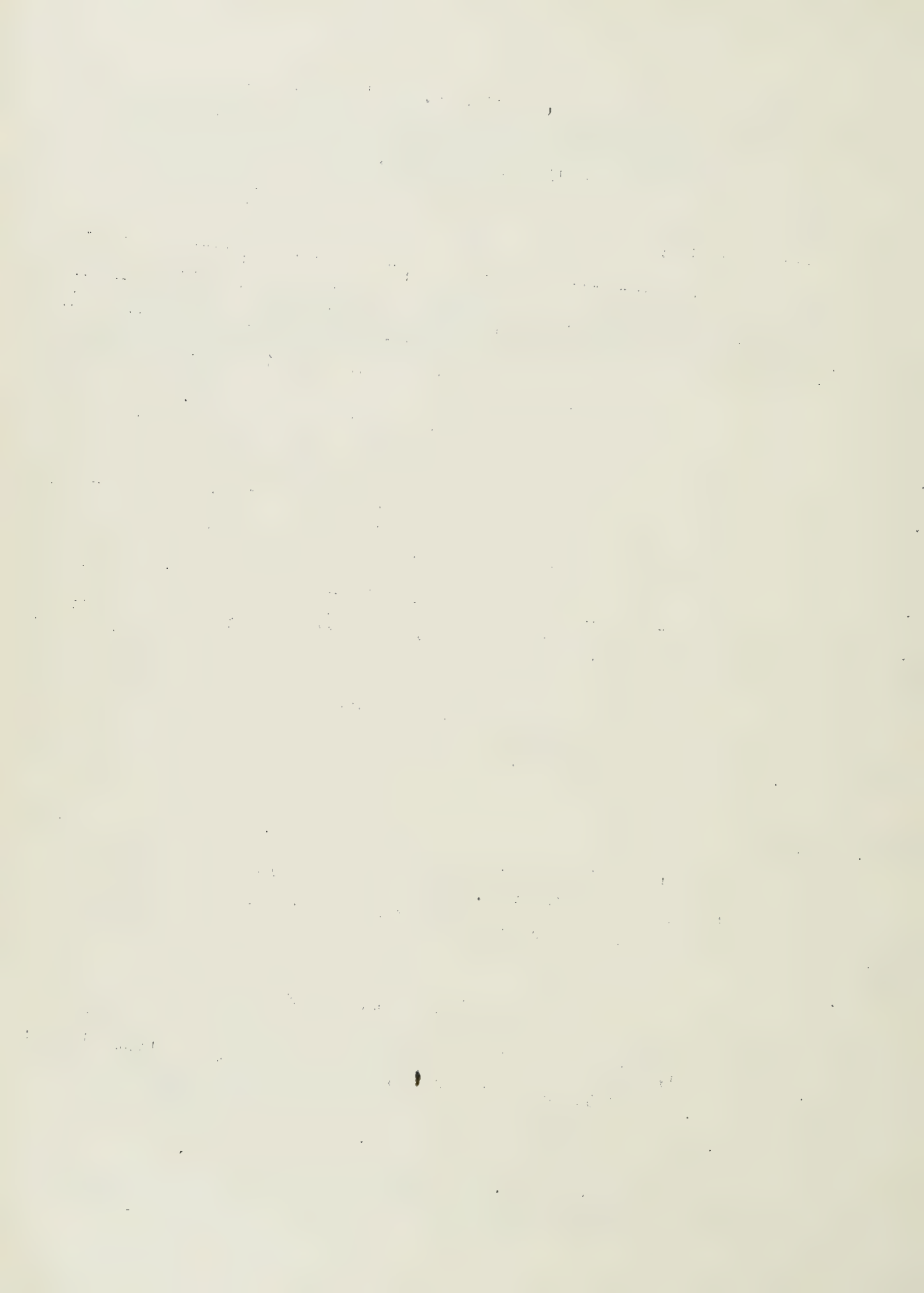


Tableau 5, Syptomatologie (suite) :

	Grosse vésicule clinique		l i t h i a s e		P r u r i t		
	+	-	+	-	+	-	1° signe
- 30 ans	1	0	0	1	1	0	0
4° Déc.	0	5	0	6	3	2	1
5° Déc.	3	1	1	8	7	2	2
6° Déc.	0	8	1	8	2	7	1
7° Déc.	0	4	1	3	1	3	0
8° Déc.	0	1	1	0	1	0	0
TOTAL	4	19	4	26	15	13	4

Sur ce fond d'ictère, d'asténie, de malaise plus ou moins mal défini, apparaissent des accès angiocholitiques avec fièvre et frissons. Au bout d'un certain temps, cependant, survient une guérison apparente, spontanée, suivie d'une ou plusieurs rechutes de durée variable. Au cours des rémissions, les selles se recolorent et le tubage duodénal peut ramener de la bile et des sécrétions pancréatiques dans des proportions normales. Le malade déjàunit plus ou moins complètement.

En général, c'est à la période d'état qu'on voit se produire les hémorragies intestinales. Elles peuvent être occultes et elles sont détectées à plusieurs reprises, elles sont considérées comme caractéristiques par certains auteurs. D'autres comme Caroli, leur dénie une signification particulière car la fragilité de la muqueuse duodénale est une éventualité commune à "toutes les variétés étiologiques des ictères à rétention". Par contre, les hémorragies assez importantes pour être macoscopiquement décelables, quoique rares, sont unanimement considérées comme un signe majeur.

A ce stade, les symptômes sont suffisamment inquiétants pour décider en vue d'un diagnostic précis, à faire des examens complémentaires approfondis et des examens radiologiques. Parmi ces symptômes, on observe d'une manière presque constante, un amaigrissement objectivé par une chute de poids spectaculaire de 5 à 10 Kg.

en quelques mois, voire en quelques semaines. Dans notre série, l'amaigrissement a été signalé 22 fois. Il a été absent 7 fois (tableau 6).

Tableau 6, symptomatologie (suite).

	Amaigrissement		Hémorragie intestinale		Tests hépatiques (1)	
	Présent	Absent	Présente	Absente	anormaux	normaux
< 30 ans	1	0	0	1	0	1
1 ^o Déc.	4	1	0	5	4	2
5 ^o Déc.	6	1	2	7	3	4
5 ^o Déc.	8	3	0	9	4	4
7 ^o Déc.	3	1	0	4	3	0
8 ^o Déc.	0	1	0	1	1	0
TOTAL	22	7	2	27	15	11

) moins phosphatase alcalines).

E V O L U T I O N .

Ainsi le soupçon s'établit qui sera rapidement confirmé à la table d'opération.

Sinon l'évolution de la tumeur se ferait vers la mort à une échéance plus ou moins brève :

- . par la baisse progressive de l'état général,
- . par infections,
- . par extension loco-régionale,
- . par métastases.

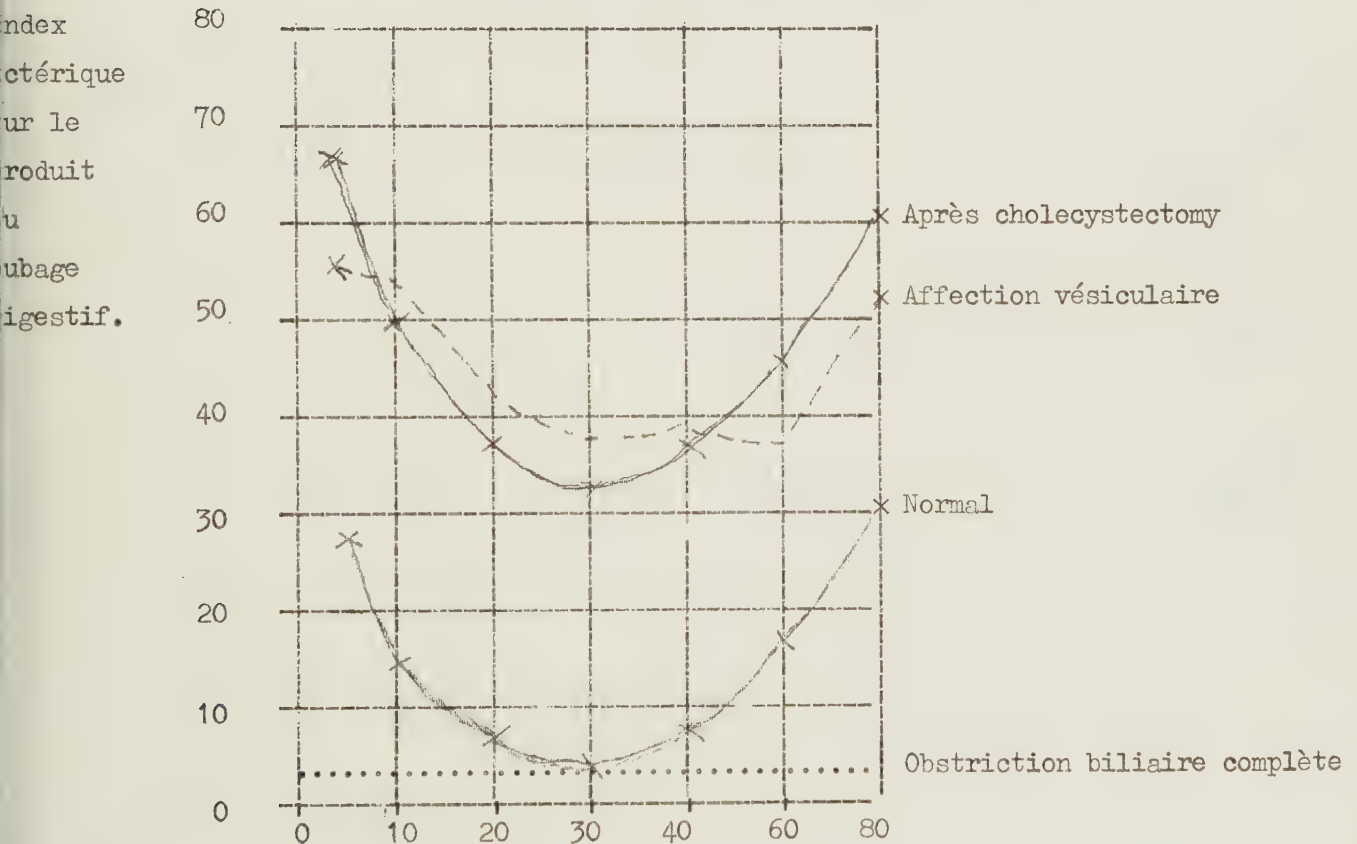
Et, à la période terminale, apparaissent une ascite ou des vomissements conséquences de l'obstruction duodénale.

FORMES CLINIQUES :

A. Varay décrit :

- . une forme à ictère intermittent, la plus classique (7 cas dans nos observations),
- . une forme à ictère continu (19 cas),
- . des formes anictériques dans lesquelles il distingue :
 - les formes angiocholitiques d'emblée,
 - les formes uniquement douloureuses,
 - les formes hémorragiques d'emblée.

Tableau 7 : courbe de la concentration biliaire dans le produit de tubage, après excitation à la secrétine.



(From Dreiling D.A., Janawitz H.D. - Exocrine pancreatic secretion).

EXAMENS DE LABORATOIRE :

Ils donnent dans la règle des résultats peu significatifs (Caroli). Néanmoins on cherche toujours les preuves biologiques de la nature rétionnelle de l'ictère :

- . décoloration des selles,
- . taux anormalement bas de l'urobilinogène dans les fèces : moins de 40 mg. par 24 heures.
- . taux élevé de la bilirubinémie : au-dessus de 12 mg. o/00 (bilirubine totale),
- . taux élevé des phosphatases alcalines : au dessus de 30 unités King Amstrong
ou plus de 15 unités Bodanski.

On demande en outre une investigation plurifonctionnelle du foie. Les résultats sont variables, peu importants, parfois même normaux, en particulier les tests de floculation et le taux de transaminases (cf. tableau 3). L'examen hématologique montre souvent une anémie sans profil spécial, mais quelquefois assez grave (cf. tableau n° 4). La V.S. est accélérée dans presque tous les cas. La recherche du sang dans les selles et les produits du tubage est classique. En outre, dans les produits du tubage, on note la présence ou l'absence de la bile et les sécrétions pancréatiques ; on évalue leurs quantités respectives (cf. tableaux 7 et 8). On y effectue le dépistage des cellules anormales évocatrices des tumeurs de la région.

Tableau n° 8 :

	Sécrétion pancréatique	Teneur en CO ₃ HNa (moyenne)	Teneur en Amylase (moyenne)	Pigments biliaires
<u>NORMAL</u>				
Adultes Vol.	moyen 3,2 ml/kg.	108 még/l	14,2 u/g	
Enfants	" " 0,8 ml/kg.	58 még/l	59 unit. (tryp.)	
Nourrissons	" " 0,77 ml/Kg.	62 Még/l	39 unit. d°	
.....				
<u>ICTERE RETENTIONNEL :</u>				
Ampullome Vat.	Anormale	Nou anormale	N. ou anormale	Anormal
K. Choléd.	.N.	N.	N.	Anormal
Calc. du Chol.	.N.	N.	N.	Anormal
Hépatite	N.	N.	N.	N.

(From Dreiling D.A., Janawitz H.D., Exocrine pancreatic secrétion)

EXAMENS RADIOLOGIQUES : Ils sont d'une importance capitale. Nous en reparlerons à propos du diagnostic.

DIAGNOSTIC :

Le diagnostic de l'ampullome vaterien se fait habituellement en trois étapes :

A) ETAPE CLINIQUE :

La précocité de sa symptomatologie le distingue des autres cancers du carrefour bilio-hépatique. Péri G. Trivellini (1968) écrit :

"La période initiale précocement détectée, la pathologie, la clinique, l'évolution, la possibilité thérapeutique sont tellement différentes (cancer du bas cholédoque, cancer de la tête du pancréas et ampullome vaterien) qu'il faut attribuer à cette affection (ampullome vaterien) une dignité anatomo - clinique."

Cet avis est unanimement partagé.

Uppcott, cité par Caroli, écrit :

"Il n'y a probablement pas de localisation dans le corps humain, sauf peut-être au niveau du système nerveux, où une tumeur de petite taille est capable de donner si tôt autant de symptômes." Dans sa phase pré-ictérique, le diagnostic est souvent impossible. Pourtant, selon Péri G. Trivellini, deux ordres de faits peuvent le faire évoquer :

- un ensemble de symptômes dyspeptiques et douloureux de l'épigastre avec diarrhée graisseuse où les selles sont abondantes et fétides ;
- l'existence dans l'anamnèse d'épisodes plus ou moins typiques d'angiocholite, isolés ou répétés, parfois accompagnés ou suivis d'ictère ou de subictère. D'après Caroli, de tels épisodes peuvent être repérés à une époque éloignée (jusqu'à 5 ans).

Habituellement, c'est à la période d'état, donc pendant la phase ictérique que le diagnostic peut être formulé.

TABLEAU N° 9 : récapitulation "absence constatée cliniquement de :

	• l'ictère	• la grosse vésicule clinique	• la douleur
Moins de 30 ans	-	-	-
4ème décade	2	5	2
5ème "	1	1	2
6ème "	1	8	5
7ème "	-	4	2
8ème "	-	1	1
TOTAL	4	19	12

Classiquement, la symptomatologie de l'ampullome vatérien comporte un ictère de type obstructif et une grosse vésicule palpable. L'absence de douleur constitue un troisième grand signe commun aux cancers de ce carrefour.

Warren, B. Cattell et J.P.Black, en 1962, se sont élevés contre le crédit exagéré qu'on accorde ordinairement à ces signes. Dans leur statistique, ils ont que : 73 % des malades opérables présentaient une douleur abdominale. Chez les inopérables, la proportion serait encore plus grande.

Pour notre part, nous avons retrouvé la douleur 15 fois. Elle était absente 12 fois.

En ce qui concerne la loi de Courvoisier Terrier, elle a été vérifiée chez presque tous les malades, soit à la laparoscopie, soit pendant l'opération. Mais nous avons déjà vu que la grosse vésicule palpable est un signe qui fait souvent défaut (tableau n° 9).

Quant à l'ictère, son absence est malgré tout et a priori difficilement concevable, dans la mesure où elle ne permet pas de s'approcher cliniquement du diagnostic. Mais on se souvient qu'il est souvent à rémission et qu'il faut parfois en chercher la notion très loin dans l'anamnèse. En tous cas, c'est presque toujours le caractère retentionnel d'un ictère qui incite le médecin à chercher l'étiologie exacte, par des examens appropriés, et c'est au terme de ces investigations que le soupçon peut être fondé. L'absence de l'ictère a été signalé dans quatre de nos dossiers (n° 2,4,16 et 21), soit dans une proportion de 13 % environ.

Selon Varay, une angiocholite avec une grosse vésicule est très suspecte. Cette coïncidence a été observée deux fois dans notre série (dossiers n° 1 et 10), soit dans une proportion de 6,6 %.

D'autres particularités de l'ampullome vatérien peuvent aussi éveiller le soupçon, notamment la durée de la symptomatologie. La banalité des signes entraîne des erreurs de diagnostic en cascade, lesquelles peuvent s'étaler sur plusieurs mois, voire plusieurs années, et ce d'autant plus que l'état général ne s'altère que très lentement, par "à-coups". Ainsi, chez cinq de nos malades, l'intervalle entre le début clinique et le diagnostic juste est de :

- 10 ans pour le dossier n° 1,
- 15 pour le dossier n° 16,
- 1 an 7 mois pour le dossier n° 17,
- 2 ans pour le dossier n° 29
- 4 ans pour le dossier n° 21.

La valeur du premier signe, cependant, doit appeler la plus grande réserve. Cet intervalle de temps entre le premier symptôme et le diagnostic exact, aurait une certaine signification d'ordre pronostique.

b) ETAPE PARACLINIQUE :

- Les examens de laboratoire mettent surtout en évidence le caractère mécanique de l'ictère. Ils permettent en outre un bilan général. Certains auteurs ont voulu voir l'anémie, l'anomalie de la B.S.P. et l'élévation du taux de phosphatases alcalines comme les témoins d'une prolifération maligne, surtout au niveau du foie. En fait, ils ne sont pas spécifiques et sans autre information complémentaire (scintigraphie) objectivent plutôt une atteinte hépatique d'ordre général... Seul, peut-être, le tubage duodénal, en ramenant des cellules ou des fragments de tissus cancéreux, est susceptible de donner le diagnostic exact (cf. page 49).
- Les examens radiologiques sont indispensables. La duodénographie classique, ou hypotonique, localise la tumeur. Caroli conteste leur efficacité, surtout au début, les images caractéristiques sont tardives et traduisent déjà un envahissement duodénal. Napolitano pense pourtant que l'objectivation d'une tumeur, de la papille en particulier, pourra être plus précocement et plus facilement réalisée par la duodénographie hypotonique que par la duodénographie standard. D'après Mallet-Guy, Liotta et Jacquenet, la duodénographie hypotonique a l'avantage de pouvoir s'appliquer même à un malade ictérique en mauvais état général. Ils admettent également que par ce procédé un diagnostic précoce est possible.

La duodénographie, classique ou non, exige une technique impeccable selon des règles classiques souvent difficiles à suivre. L'interprétation des images demande une grande expérience.

Tous nos malades ont eu une duodénographie standard, sauf 2 qui ont subi la duodénographie hypotonique (dossier n° 18 et dossier N° 10)

Mallet-Guy et collaborateurs ont décrit en duodénographie hypotonique :

- . 1/ un aspect de tumeur infiltrée caractérisée par une rigidité segmentaire. Cet aspect peut se rencontrer dans le cancer du pancréas envahissant le duodénum.
- . 2/ une image d'empreinte beaucoup plus localisée qui pénètre plus ou moins profondément le duodénum.
- . 3/ une saillie d'un bourgeon libre se dessinant en demi-ton dans la lumière duodénale.

La duodénographie standard donne de l'ampullome vaterien :

- . 1/ des images évocatrices sous forme :
 - de lacunes irrégulières non homogènes ou au contraire arrondies et irrégulières ;
 - des niches en faveur d'une ulcération plus ou moins étendues ;
 - d'un epsilon, cette éventualité est rarement observée et correspond à une tumeur ulcérée.
- . 2/ des images non caractéristiques :
 - élargissement du cadre duodéal avec image d'empreinte verticale ;
 - disparition des plis ;
 - image d'empreinte d'un aspect irrégulier de D2.

La ciné-radiologie dans les centres privilégiés, peut objectiver les déficiences morphologiques et dynamiques de D2 et ainsi aider au diagnostic.

La biligraphie, selon Soupault, n'est d'aucun secours dans la plupart des cas. La vésicule est presque toujours "exclue", ce qui, en effet, ne constitue pas un argument décisif. Par contre, les renseignements recueillis par l'angiocholégographie vésiculaire sous contrôle laparoscopique selon la méthode de Royer, sont de valeur. Mais l'ictère par rétention est une contre-indication majeure, semble-t-il.

Enfin il existe une autre méthode d'exploration des voies biliaires, c'est la CHOLANGIOGRAPHIE TRANSPARIETO HEPATIQUE. Elle serait très efficace entre des mains expérimentées. Elle a des adeptes enthousiastes, comme Tashio Sato et collabora-

teurs. Selon Dood, on peut s'adresser à elle pour préciser le lieu, la nature d'une obstruction cholédocienne, pour éliminer formellement un diagnostic d'ictère par rétention. Ses détracteurs sont nombreux. Ils lui reprochent de provoquer souvent une hémorragie ou un cholépéritone. La choliangiographie transpariëto hépatique s'effectue normalement dans les quatre heures qui précèdent l'intervention. Aucun de nos malades n'a subi cette épreuve.

• Autres investigations :

La laparoscopie qui est inutile selon Soupault, a permis de vérifier l'existence d'un foie de stase et d'une vésicule distendue, chez huit de nos malades. Parfois, elle fait découvrir des foyers métastatiques sur le foie ou au péritoine, fournissant ainsi d'un seul coup des éléments diagnostiques et pronostiques.

c) ETAPE OPERATOIRE :

La laparotomie exploratrice, premier acte de l'intervention, amène le chirurgien à faire le diagnostic définitif :

- soit par la macroscopie seule après duodénotomie,
- soit par la macroscopie précédée de radiomanométrie biliaire qui localise avec précision l'obstacle.

La radiomanométrie biliaire a été utilisée dans moins d'un tiers des cas que nous avons étudiés. Pour la plupart, le diagnostic paraissait évident à l'inspection et à la palpation après décollerment du bloc duodéno-pancréatique. Quoi qu'il en soit, la choliangiographie, avec contrôle manométrique et wirsungographie sont deux examens per opératoires dont la valeur est incontestable.

La wirsungographie, en général, objective une ectasie du canal pancréatique due à un arrêt total traduisant la sténose par une tumeur maligne. Elle est rarement effectuée. Aucun de nos malades ne l'a subie.

Quant à la R.M.B., elle a l'avantage d'être pratique et même, selon P. Vayre et Lecanuet, cette technique, dans 10 % des cas, amène à découvrir d'une manière fortuite un anapallone vaterien. Deux syndromes sont ainsi décrits :

A. - Les sténoses totales :

a) Arrêt complet à convexité inférieure au niveau du cholédoque.

- b) absence de passages duodénaux, malgré une forte hyperpression.
- c) énorme distension de la totalité de la voie biliaire principale et des voies intra hépatiques, avec aspect sacciforme.

Un tel syndrome serait à coup sûr la traduction d'une tumeur maligne. Il y aurait deux variétés :

- 1/ le blocage oddien pur correspondant à une tumeur intra-murale (50 % des cas) ;
- 2/ L'amputation du cholédoque intra-mural (40 % des cas). L'aspect de la sténose est à convexité inférieure.

B. - Les sténoses partielles :

peuvent traduire aussi bien une tumeur bénigne qu'une tumeur maligne. Ce syndrome comprend, selon P. Vayre et Le Camuet :

- a) un défilé oddien rétréci, soit rectiligne soit régulier, pouvant être excentré par rapport au cholédoque sous-jacent.
- b) une distension modérée de la voie biliaire principale, mais pas d'ectasie intra-hépatique ;
- c) pas de passages duodénaux à basse pression, mais franchissements oddiens en hyperpression.
 - le débit oddien est très inférieur à la normale, la courbe manométrique est celle d'un obstacle organique et n'est pas modifiée par des relâchants oddiens.
 - parfois la duodénographie oddienne obtenue après hyperpression objective une lacune à côté du défilé oddien, ce qui est rare mais caractéristique.

Les renseignements par R.M.B. donneraient des indications valables à 95 %, Cependant, la possibilité d'une cholangiographie et d'un syndrome manodébinétrique normaux a été signalée, le plus souvent, il s'agirait des tumeurs bénignes du versant duodéal ou de tumeurs malignes de faible dimension à développement duodéal.

LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

En principe, la clinique, les examens radiologiques pré et per opératoires, essaient d'éliminer une histoire lithiasique. Pratiquement, seule la macroscopie après duodénotomie donne l'élément décisif du diagnostic, à savoir la constatation de la tumeur.

Quelques affections peuvent être des causes d'erreur :

- . L'angiocholite :

Il s'agit d'une manifestation infectieuse dont le point de départ est à trouver. On sait qu'elle fait partie de la symptomatologie de la lithiase et de l'ampullome vatérien.

- . L'ictère catarrhal prolongé :

C'est une maladie dans laquelle un gros foie et une grosse vésicule palpable ne se rencontrent pas.

Quant aux vatéro-oddites, tumeurs du bas cholédoque, tumeurs de la tête du pancréas, leur symptomatologie ressemble à quelques nuances près à celle de l'ampullome vatérien. Très souvent, le diagnostic exact ne peut être posé qu'à l'intervention.

EN CONCLUSION, les données du problème sont :

- . le caractère retentionnel de l'ictère,
- . l'aspect anormal du duodénum à la radio,
- . la notion d'épisodes angiocholitiques.

mais, on peut dire d'une manière générale que :

- . le diagnostic exact est macroscopique,
- . il faut intervenir pour l'avoir.

ANATOMO PATHOLOGIE

La région vaticienne, remarquable par son exiguité et sa complexité structurale, a fait l'objet d'études attentives de la part de nombreux auteurs.

ANATOMIE NORMALE :

La région vaticienne est un carrefour à la fois sur le plan biologique et sur le plan anatomique. L'ampoule de Vater en constitue la partie principale, si toutefois, elle existe. En effet, elle est une entité inconstante puisqu'on la retrouve seulement chez le tiers ou la moitié des sujets selon les auteurs.

Elle débouche dans la deuxième partie du duodénum par un orifice de 1 mm. à 3mm. de diamètre qui centre souvent une saillie conique de 5 mm à 10 mm. de largeur, la papille duodénale, appelée encore grande caroncule. Pour Hugh A. Edmondson (Atlas of tumor Pathology), le terme "papille" est uniquement utilisé pour désigner la saillie arrondie de tissus qui entourent l'office du conduit biliaire principal dans le duodénum. L'existence fonctionnelle d'une ampoule de Vater est déterminée par la distance entre cet orifice et la confluence du canal cholédoque et du canal pancréatique, cette distance devant être de plus de 5 mm.

Le mode d'abouchement des deux canaux est très variable selon les individus.

Sur 50 cas, Helzapfel, cité par Epfelbaum, trouve :

- . abouchement séparé mais dans une seule papille 30 fois,
- . abouchement commun 10 fois,
- . abouchement séparé dans deux papilles 9 fois,
- . réunion de deux canaux à la papille elle-même 1 fois.

Pour Dardinski, sur cent sujets, il y a :

- . arrivée séparée au niveau de la papille 51 cas,
- . confluence des canaux à 1 mm. de l'orifice 12 cas,
- . confluence de deux canaux à 2 mm. de l'orifice 5 cas,
- . confluence de deux canaux à 4 mm. de l'orifice 12 cas,
- . confluence de deux canaux à 4 mm. de l'orifice 10 cas

et, dans un cas, le Wirsung s'abouche dans la papille majeure, tandis que le

cholédoque s'ouvre dans le duodénum à 10 mm. au-dessus de cette papille.

Baggenstross trouve sur 55 cas :

- . une ouverture séparée à travers une papille unique 19 fois,
- . une ouverture séparée à travers deux orifices distincts de
la papille 2 fois,
- . une confluence de deux canaux pour constituer une ampoule,
mais à une distance variable de l'orifice 33 fois,
- . le canal pancréatique formant un sinus pour le cholédoque . . 1 fois.

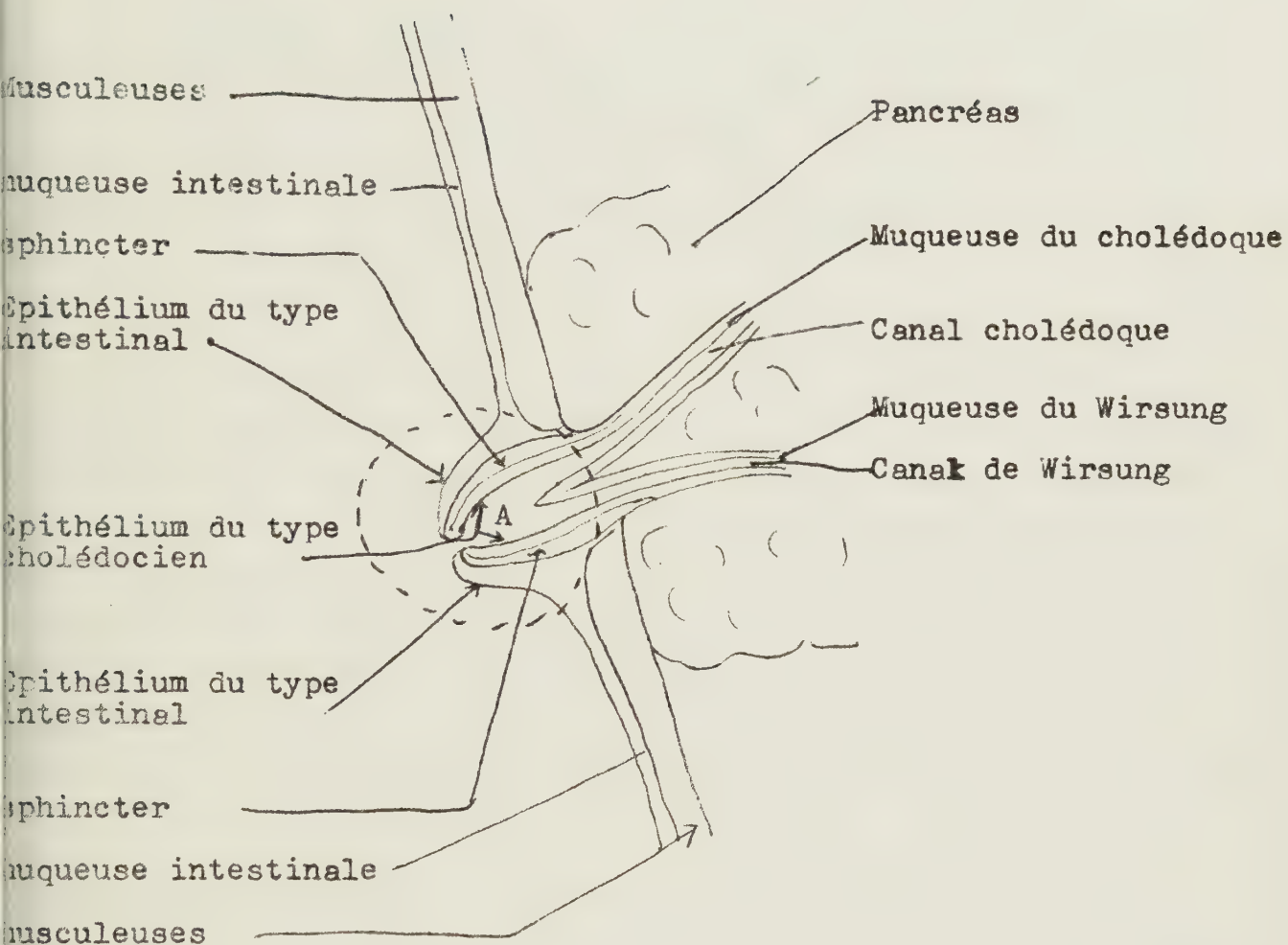
Dans ce cas les deux canaux débouchent dans un canal commun sur tout ou partie de leur trajet intra-duodéal ; dans 15 % des cas , il existe une possibilité de reflux liée à la longueur de ce canal commun.

La région vaticienne est aussi une zone frontière au point de vue histologique.

Dans leur portion extra-duodénale, les canaux cholédoque et wirsungien sont lisses et rinces. Dans leur portion intra-murale, ils deviennent plus rugueux et p plus épais parce que leur muqueuse est plus importante. On y trouve de nombreux plis muqueux. L'ampoule a le même aspect et il existe à sa face interne une muqueuse dont les villosités plus ou moins saillantes, orientées vers la lumière duodénale, sont arrangées en véritables valvules de façon à garder l'orifice du canal de Wirsung (E. Martin). La saillie de la papille est tapissée par une zone circonscrite de membrane muqueuse qui diffère "abruptement de la muqueuse duodénale environnante" (Atlas des tumeurs des forces armées américaines).....Elle n'a pas ou peu de villosités. Les glandes sont hyperplasiques et les cellules en gobelet sont importantes ; les cellules bordant ces glandes sont plus grandes et plus longues que celles de l'épithélium adjacent.

Ce type spécialisé de membrane muqueuse finit soudainement à la base de la papille. La face interne de la papille est tapissée de cellules claires, sans plateau strié du genre cholédocien, selon Denjoy et Ferrandu. Houdart décrit cet épithélium comme étant du type Lieberkühnien (schéma 2).

Les glandes sont du type brünnerien et commencent à devenir de plus en plus nombreuses dès la portion distale des canaux biliaires et pancréatique. Elles s'ou-



PAPILLE DE VATER

A: ampoule

la papille

SCHEMA

N°2

rent dans ces canaux comme dans l'ampoule. Elles se trouvent aussi dans l'épaisseur de la paroi de la papille enserrées dans une musculature assez spéciale.

Cette musculature rappelle celle de la prostate. Ses fibres constituent selon un mode particulier les sphincters des canaux qui forment l'ampoule. Ainsi, on décrit un faisceau circulaire de la portion distale du cholédoque, un autre faisceau, moins constant et plus grêle de la portion distale du canal de Wirsung, enfin un troisième faisceau commun aux deux canaux au niveau de la moitié ou des deux tiers inférieurs de la papille. Cette triplicité du sphincter d'Oddi a été particulièrement soulignée par Rettori en 1956.

"Ce sphincter commun est fait de fibres circulaires dissociées par la présence de nombreuses glandes. A sa surface existent quelques fibres longitudinales, son bord supérieur se confond avec les bords inférieurs des sphincters du cholédoque et du Wirsung. Son bord inférieur confine à la musculaire muqueuse avec laquelle il se confond. Il s'étend sur une hauteur de 5 à 6 mm. Son épaisseur est de 5 à 6 /10èmes de mm. Son diamètre mesure 4 à 5 mm, mais sa lumière est encombrée..." par de nombreuses et très importantes franges." Une réduction de la lumière des canaux se trouve au niveau où ils rencontrent les fibres musculaires du duodénum. Au niveau du sphincter le renforcement de la musculature et l'épaississement de la muqueuse contribuent à cette réduction.

AUTONOMIE DE LA PAPILLE :

Les études embryologiques entreprises par Boyden et Sægler en 1937, soulignent la réalité de cette autonomie. Rettori, en 1956, a abouti à la même conclusion. Cette autonomie est riche de conséquences parce qu'elle justifie la possibilité d'une papillectomie.

Au niveau de la pénétration des canaux, il y a un écartement des fibres longitudinales duodénales et un arrêt des fibres circulaires, de manière à former une fenêtre. Celle-ci n'est que partiellement comblée par les conduits puisqu'il "existe à la face postérieure de la papille un puits dont le fond correspond ainsi à une paroi duodénale normalement anincie susceptible d'être la cause de diverticules muqueuses."

STRUCTURE DE LA PAPILLE.

La notion d'absence de MUSCULARIS MUCOSAE est une des caractéristiques des conduits biliaires extra-hépatiques et de l'ampoule de Vater. La sous-muqueuse est faite de tissu conjonctif, de collagène enserrant glandes et fibres musculaires dont l'orientation s'effectue aussi bien obliquement que longitudinalement. Les vaisseaux y sont abondants. On y trouve des filets nerveux peu nombreux et quelques groupes de cellules ganglionnaires (E. Martin).

CARACTERES DE LA MUQUEUSE de la papille et de l'ampoule.

Au niveau de la muqueuse papillaire, les glandes présentent un aspect particulier que Baggenstross a appelé HYPERPLASIE ADENOMATOIDE. Au niveau ou près de la jonction de la muqueuse du cholédoque avec celle de la papille, chez les sujets âgés, l'épithélium cylindrique à cellules claires, sans plateau strié des feuillets des valvules et des petites projections papillaires, peut revêtir un aspect hyperplasique probablement capable de dégénérescence (Atlas of tumor Pathology -

.. Il s'agit en fait, selon Caroli, d'une exagération d'un dispositif normal, mais ce changement est à la limite de l'état normal. Cette prédisposition à l'hyperplasie se rencontre également au niveau de l'épithélium d'autres voies excrétrices. Il s'agit d'un aspect qui beaucoup d'attention, une telle exagération structurale dans un viscère creux : tube digestif, vessie par exemple, pouvant être induite par un processus malin de voisinage (Chu).

UNITE EMBRYOLOGIQUE.

La partie épithéliale de la région vaticienne et périvaticienne dérive de l'endoderme au niveau de la portion intestinale qui devient par la suite le duodénum, plus précisément à l'endroit où, à partir d'une zone annulaire appelée anneau hépatico pancréatique se constitue l'épithélium du foie et du pancréas (Ferrandu).

Cette origine commune confère à la région une unité morale. Et des phénomènes de dédifférentiation, d'anaplasie, de rétaplasie peuvent être constatés à ce niveau rendant malaisée toute délimitation précise (Férolidi).

LES TUMEURS BENIGNES.

On sait que les 9/10èmes des tumeurs retrouvées au niveau de l'ampoule de Vater sont malignes. Le dixième restant correspond à des tumeurs bénignes, dont 70 cas étaient rapportés en 1968 (Denjoy). Mais ils seraient moins exceptionnels si on les recherchait systématiquement à l'autopsie. C'est ainsi qu'à la Mayo Clinic, des polypes ont été découverts par Baggenstross, qui n'avaient jamais eu de signification clinique. A côté de ces formes muettes, existent celles dont la symptomatologie patente attire l'attention. Cette symptomatologie est d'ailleurs souvent la même que celle des tumeurs malignes. Chu note, cependant, la tendance des tumeurs bénignes à être silencieuses pour de longues périodes. En outre, les manifestations du début sont mal individualisées et variables. La durée des signes, lesquels sont imputés à tort à un trouble de la fonction digestive ou biliaire, varie de quelques semaines à plusieurs années. La rareté de ces tumeurs n'autorise pas à avancer un diagnostic positif avant la duodénotomie et l'examen extemporané et encore faut-il le faire avec beaucoup de réserve.

Les variétés histologiques rencontrées sont :

- . les mélanomes,
- . les carcinoïdes (dossier n° 17),
- . les lipômes,
- . les fibromes,
- . les schwannomes,
- . les adénomes,
- . les polypes ou papillomes.

Ces deux dernières variétés méritent une attention particulière.

En effet, Baggenstross trouve que, lorsque les replis muqueux de l'ampoule sont assez proéminents pour justifier le nom de polypes, il existe :

- une prolifération marquée de l'épithélium des processus papillaires et de la paroi au voisinage de l'orifice,
- une dilatation des glandes ; les cellules qui les bordent sont alors irrégulièrement arrangées et contiennent de nombreuses mitoses. Dans quelques cas, leurs noyaux sont franchement hyperchromatiques et plus volumineux que normalement.



Ces constatations sont d'une certaine importance sur le plan clinique lorsqu'on les rencontre dans les conditions suivantes :

- lithiase du cholédoque,
- Inflammation de la papille,
- Au cours des néoplasmes de la papille.

Ces tumeurs bénignes sont capables de transformations malignes à plus ou moins brève échéance ; ainsi Denjoy a rapporté des cas de papillomes (4/28) et d'adénomes (4/28) qui ont précédé un cancer authentique.

L'aspect macroscopique des tumeurs bénignes est décrit avec des qualificatifs très variables. C'est ainsi qu'on parle :

- . de polypes finement ou largement pédiculés,
- . de tumeurs fraises,
- . de tumeurs villeuses,
- . de tumeurs molles ou friables,
- . de masses molles ou dures,
- . de franges papillomateuses,
- . de végétations tumorales,
- . de masses adénomateuses ressemblant à un adénocarcinome.

Les critères macroscopiques de bénignité sont douteux. Et même, s'ils ne l'étaient pas, "la bénignité actuelle n'est pas une garantie de l'avenir" (Mathis) (cf. plus haut).

Toutefois, selon Denjoy, seront considérées a priori comme bénignes :

- .a - les tumeurs régulières, rosées, molles ou fermes, dont la taille ne dépasse pas une cerise et qui sont implantées par une base souple, à la face externe de la papille, et donc sur le versant duodéal.
- .b - les tumeurs ampullaires (du versant ampullaire de la papille) qui doivent cependant inciter à la circonspection parce qu'elles dégénèrent souvent.

En transposant, la classification topographique des tumeurs malignes par Feroldi on trouverait dans les formes vatero-duodénales les tumeurs du type "a" et dans les formes intra-ampullaires, celles du type "b".

LES TUMEURS MALIGNES

MACROSCOPIE :

L'aspect macroscopique des lésions a un grand intérêt diagnostique. En effet, elles sont pratiquement des découvertes opératoires (deux tiers des cas environ). Quand le chirurgien a la chance de voir un patient à un stade initial de sa maladie, la macroscopie acquiert encore plus d'importance, car elle permet de saisir le point de départ de la lésion du moins à première vue.

A la période initiale, ces tumeurs sont indiscutablement microscopiques selon Letulle (cité par Varay). Elles se présenteraient :

- . soit comme une plaque occupant l'ampoule,
- . soit comme un nodule arrondi ou ovalaire, bien limité et assez dur.

Une technique rigoureuse de dissection est indispensable pour l'explorer.

Au moment de la duodénotomie, la lésion, en général, aura évolué depuis longtemps. La tumeur se présente alors sous deux formes, selon Féroldi :

A. - La forme vatéro duodénale :

La tumeur est extériorisée dans le duodénum en masquant, en détruisant ou en déformant la papille. Elle est palpable et visible par la duodénotomie. Elle est :

- soit végétante et de taille variable, tantôt ferme, tantôt molle blanchâtre ou gris rosé. La base est en général indurée et irrégulière. Parfois elle est souple.
- soit sous-muqueux ou nodulaire : faisant saillie et déplaçant la muqueuse, grosse comme une noisette ou une amande, sessile ou pédiculée.
- soit ulcérée : on trouve une ulcération plane, saillante ou excavée, à fond bourgeonnant, à bords éversés, reposant sur une base indurée, de dimensions variables, détruisant plus ou moins la papille.
- soit sténosante : il s'agit d'une véritable squirrh rétractile.

B. - La forme intra-ampullaire stricto sensu :

Plus rare que la précédente, elle est seulement palpable. La lésion est caractérisée par sa petite dimension "n'excédant pas celle d'une noisette", sa localisation assez précise dans l'ampoule, impliquant parfois le bas cholédoque ou

le bout distal du wirsung. Elle est :

- ou polypoïde ou végétante, implantée dans l'ampoule ou le cholédoque terminal et peut faire saillie par l'orifice vaterien ;
- ou nodulaire. Elle est alors ferme et mal limitée, enchassée dans la paroi ampullaire ;
- ou en virole sténosante. Elle intéresse souvent le bas cholédoque, mais aussi l'ampoule ou les derniers millimètres du wirsung.

En fait, trois formes sont le plus souvent observées ; elles sont plus ou moins évoluées et comportent les éléments destructifs ci-dessus soit isolés, soit mélangés.

- 1) La forme végétante : un tiers des cas, selon Caroli, limitée ou non. Dans ce dernier cas, elle peut diffuser à la paroi intestinale ou devenir annulaire réalisant une sténose.
- 2) La forme ulcéreuse, plus fréquente, de petit diamètre ou au contraire extensive jusqu'à avoir 120 mm. de diamètre et détruisant la saillie papillaire.
- 3) Les tumeurs intra-murales:: la papille fait une saillie de volume variable, mais la muqueuse de recouvrement est normale, aspect répondant, selon Caroli, à une tumeur bénigne, mais le bailllement correspond à un processus malin.

Les tumeurs vatero-duodénales ne permettent pas une interprétation histogénétique. Les tumeurs intra-ampullaires la suggère assez souvent quand elles sont encore suffisamment localisées.

Dans tous les cas, les premières appréciations sont réalisées à la vue et au palper. La topographie et l'aspect extérieur sont des éléments essentiels dans la description, mais les signes d'atteinte profonde se manifestent souvent par une induration.

La base indurée d'une végétation est un signe présomptif de malignité.

En fait, macroscopiquement, la lésion, à la duodénotomie, intéresse :

- . soit le versant duodéal de la papille,
- . soit le versant ampullaire,
- . soit les deux à la fois.

Elle concerne :

- . soit la muqueuse,
- . soit les éléments périampullaires : faisceaux musculaires du sphincter, glandes dispersées entre ces faisceaux,
- . soit toutes les structures.

Si la muqueuse est concernée, la lésion se présente sous forme de :

- . végétations ou polypes,
- . ulcérations,
- . végétations ulcérées en surface.

Si la paroi est touchée, généralement, on trouve en palpant :

- . une plaque,
- . un nodule,
- . une sténose.

Un nodule peut être sessile ou pédiculé, ulcéré en surface, à base indurée ou souple.

En ce qui concerne la taille des lésions, le diamètre moyen est selon Péri G. Trivellini de 10 mm. L'étendue d'une ulcération, dans certains cas, atteindrait 120 mm. (Caroli). Au stade initial, le diagnostic risque d'être uniquement microscopique. Nos observations font état de lésions dont la taille varie entre 10 et 30 millimètres. Le plus gros contingent se trouve dans la catégorie 10-20 mm. Au dessus de 30 mm. nous en dénombrons 8 et au dessous de 10 mm. : 4.

L'examen macroscopique porte également sur les structures avoisinantes ; le pancréas et le canal de wirsung, le cholédoque, le duodénum, la vésicule. Elles sont :

- . soit normales,
- . soit inflammatoires,
- . soit détruites,
- . soit infiltrées,
- . soit distendues,

Les relais ganglionnaires sont :

- . soit normaux et mobiles,
- . soit inflammatoires et mobiles,
- . soit infiltrés et mobiles

- . soit infiltrés et fixés.

Quant aux métastases, la macroscopie en apporte les premiers éléments d'appréciation. Le processus atteint parfois la veine porte ou l'artère mésentérique supérieure ; la valeur de telles constatations sur le plan opérabilité est considérable. Des foyers métastatiques sont toujours recherchés sur le péritoine ou à la surface du foie.

En somme, à un stade évolué de l'anaplasme vésiculaire, presque tous les éléments d'une valeur diagnostique et pronostique certaine sont recueillis grâce à la macroscopie. D'ailleurs, l'absence d'une étude macroscopique est inconcevable dans la mesure où elle est incluse dans l'acte thérapeutique dont elle constitue le premier temps.

L'étude macroscopique peut être dirigée par les examens radiologiques pré ou per opératoires. On apprécie ainsi :

- . le degré d'une sténose au niveau de la lésion et des dilatations au niveau des conduits en amont.;
- . le degré d'infiltration et de fixation des tissus voisins ;
- . le degré d'extension aux vaisseaux, aux ganglions, aux organes lointains tels que le foie, ou aux organes contigus, tels que le pancréas.

Après duodénotomie, on étudie :

- . l'aspect de la lésion,
- . ses dimensions, en surface et en profondeur,
- . ses contours,
- . sa consistance.

Mais, dès que l'aspect est douteux et que la démarcation entre la malignité et la bénignité n'est pas franche, la macroscopie cesse d'être le guide exclusif.

HISTOLOGIE :

On peut schématiquement, mais théoriquement, déterminer l'origine de la tumeur. Selon Letulle (1896) le point de départ se ferait à partir des muqueuses...

- . du bas cholédoque,
- . du canal de Wirsung,

- . de l'intestin grêle.

Pratiquement, cette détermination ne peut être effectuée. La grande majorité des cas comprend des structures mélangées à des degrés divers, ou simplement juxtaposées.

Pour mémoire, nous rappelons les différentes classifications proposées :

1°/ La classification d'Outhrbridge comprend six variétés :

- . Cholédocienne,
- . Wirsungienne,
- . Duodénale,
- . Vatérianne,
- . Brunérienne,
- . Glandulaire pancréatique (non sécrétante).

2°/ Houdart propose une autre classification qui envisage les points de départ suivants :

- . Epithélium lieberkühnien de l'ampoule de Vater,
- . Epithélium de la partie terminale du cholédoque, épithélium à cellules cylindriques le plus souvent,
- . Epithélium recouvrant la papille,
- . Glandes de Brünner de la zone muqueuse,
- . T issu glandulaire pancréatique aberrant.

3°/ Liebert et ses collaborateurs décrivent six formes :

- I Carcinome primitif de l'ampoule
- II Carcinome primitif de la portion terminale du canal de Wirsung,
- III Carcinome primitif de la portion terminale du cholédoque,
- IV Carcinome primitif de la muqueuse intestinale recouvrant la papille,
- V Carcinome intéressant toutes les structures épithéliales de la papille, ~~où se trouvent~~ I, II, III, IV ;
- VI Carcinome intéressant toutes les structures épithéliales de la papille, à l'exclusion de la muqueuse intestinale.

4°/ La classification de Ferrandu est, peut-être plus précise, plus explicite, il décrit ;

- 1°- un carcinome de toutes les structures de la région papillaire et péri-papillaire ;
- 2°- un carcinome des formations papillaires et péripapillaires sans implication de la muqueuse duodénale ;
- 3°- un carcinome primitif de la portion terminale du cholédoque ;
- 4°- un carcinome primitif de la portion terminale du wirsung ;
- 5°- un carcinome primitif de la muqueuse revêtant l'ampoule de Vater ;
- 6°- un carcinome primitif de la muqueuse revêtant la papille.

5°/ En 1968, Péri G. Trivellini divise les carcinomes péripapillaires en trois groupes :

- 1) Carcinome primitif de l'ampoule,
- 2) Carcinome primitif du conduit terminal du cholédoque,
- 3) Carcinome primitif du conduit terminal du wirsung.

Et les carcinomes primitifs de l'ampoule de Vater comprendraient des sous-groupes provenant respectivement :

- a) de la muqueuse intestinale tapissant la papille,
- b) de toutes les structures épithéliales de la papille,
- c) de toutes les structures épithéliales à l'exclusion de la muqueuse intestinale.

La classification de Ferrandu parle d'éléments papillaires et péripapillaires. Celle de Liebert et ses collaborateurs semble l'inclure dans la forme "V". Quant au carcinome primitif de l'ampoule selon Liebert, il doit comprendre le cancer développé aux dépens de la muqueuse et celui développé aux dépens des glandes brunneriennes dispersées dans la musculature, par exemple. Dans la classification de Ferrandu, la notion de cancer primitif de la muqueuse revêtant l'ampoule est nettement détachée et forme une rubrique à part.

La classification de Péri G. Trivellini, à notre avis a l'avantage d'être simple et complète.

Selon Soupault, les tumeurs d'origine cholédocienne seraient les plus fréquentes, les tumeurs d'origine wirsugienne les plus rares, celles d'origine duodéno-anapillaire seraient d'une fréquence intermédiaire.

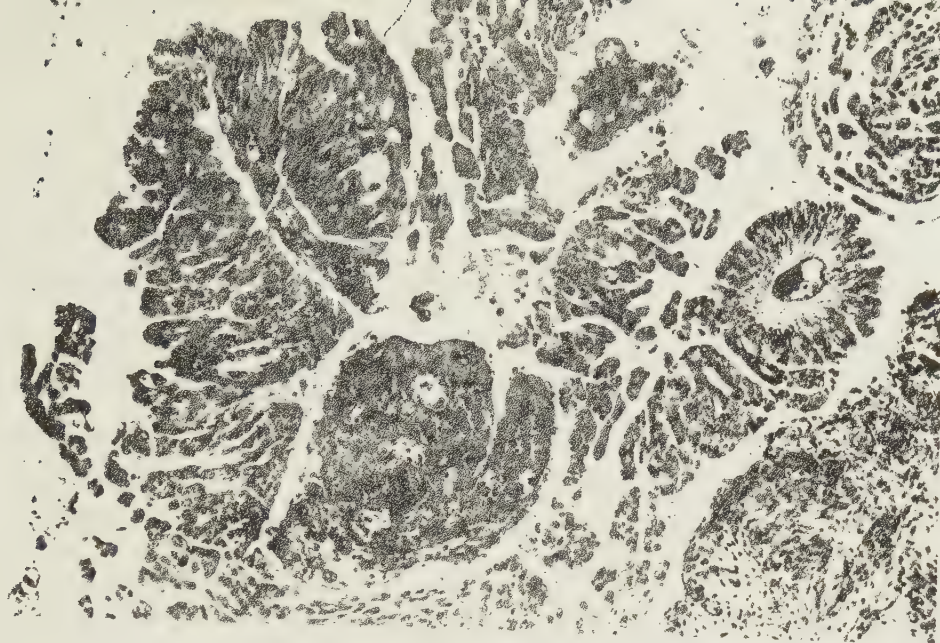


Photo N°4
A.V. à structure papillaire dont les cellules sont de type cholédocien Aspect de tige d'allumette. Noyau très allongé

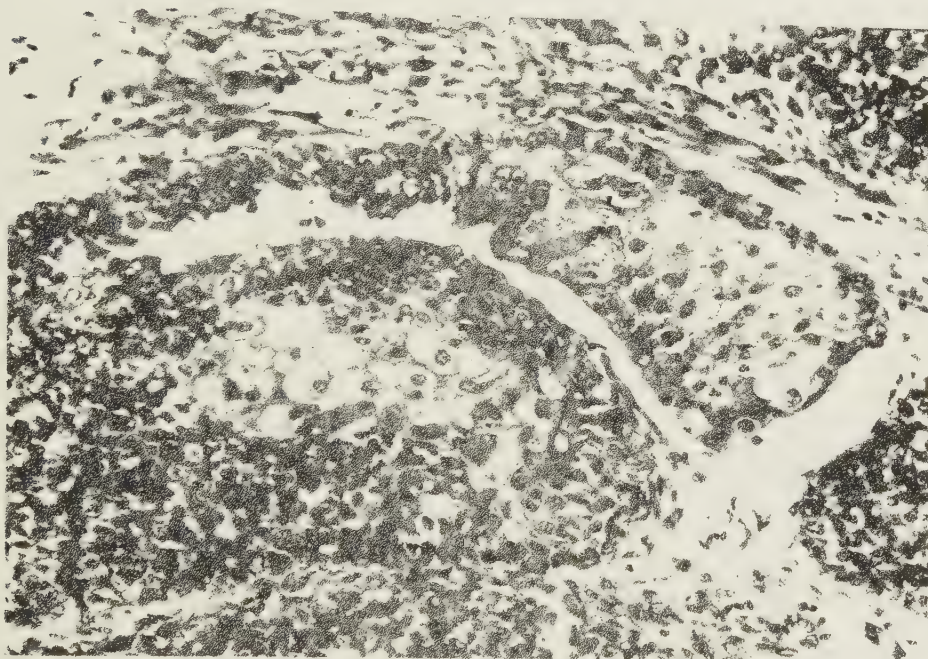


Photo N°5
Cancer épidermoïde de l'ampoule de Vater

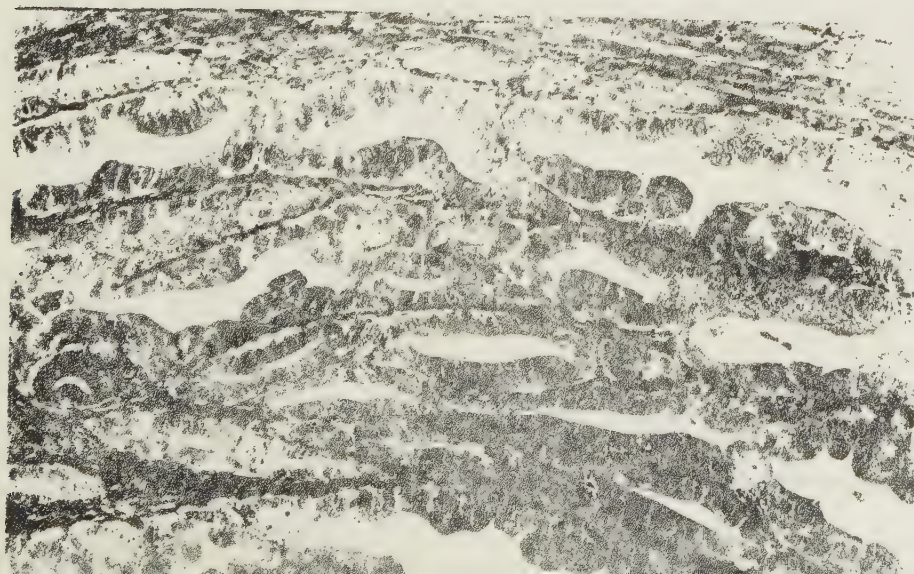


Photo N°6
Ampullome Vatérien à structure papillaire (même lésion que sur la N° deux)

Liebert et ses collaborateurs trouvent, sur 222 cas :

• Carcinome de l'ampoule	1 fois
• Carcinome primaire de la portion terminale du wirsung	3 fois
• Carcinome primaire de la portion terminale du cholédoque	7 fois
• Carcinome primaire de la muqueuse intestinale de la papille	3 fois
• Carcinomes intéressant I, II, III, IV	182 fois
• Carcinomes intéressant toutes les structures éphthéliales à l'exclusion de la muqueuse intestinale	33 fois.

Cette analyse montre qu'il est difficile de donner une origine précise à toutes les lésions.

C'est pourquoi on accorde à la classification histologique une importance secondaire. Dans la pratique, elle n'influe pas sur la sanction thérapeutique, laquelle consiste, dans la majorité des cas, en une exérèse large.

D'autres classifications ont été proposées sur le plan structural. C'est ainsi que Féroldi distingue parmi les anpullones vatériens :

- les cancers de structures papillaires ou épithélioma papillaire à différencier du papillome bénin ;
- les épithéliomas de structure glandulaire ou adénocarcinomes : on peut y rencontrer toutes les formes de cancer de type intestinal ;
- les épithéliomas atypiques dont la morphologie échappe à toute description.

la classification suivante, extraite de l'Atlas of tumor Pathology distingue: les cancers différenciés, y compris le type papillaire,

- les cancers indifférenciés,
- les acanthones,
- les carcinomas de type muqueux.

Dans sa thèse, Epfelbaum cite une classification proposée par E. Martin :

- 1) épithéliona typiques :
- a) différenciés sur le plan structural et fonctionnel :
- épithéliona tubulo alvéolaire (ou excréteur,
 - épithéliona papillaire végétant (ou lieberkühnien), (photo 6).

- b) indifférencié ou anaplasique : sans structure glandulaire.
- 2) Epithélioma atypiques présentant des zones de métaplasies épidermoïdes.
- 3) Epithéliomas polymorphes associant les types précédents dans une même tumeur.

Mais il est aussi classique de dire que :

- 1° - Un épithélioma cylindrique mucipare et à plateau strié traduit une origine intestinale ; (photo. 2 , planche 1 page II').
- 2° - un épithélioma cylindrique présentant des métaplasies malpighiennes est plutôt d'origine cholédocienne ; (photo 5, planche 2 page 40).
- 3° - un épithélioma cubique d'origine wirsungienne (Adloff-Rousselot).

Une classification analogue est donnée par A. Vray :

- La forme intestinale présente un épithélium cylindrique plus rarement glandulaire ;
- la forme cholédocienne est faite d'un épithélium cylindrique secondaire à l'épithélium de revêtement ou aux nombreuses glandes de la région.
- la forme wirsungienne est un épithélioma à petites cellules cubiques.

En fait, il y a un manque de spécificité cellulaire dans les tumeurs de cette région. En outre, la transition cellulaire entre le duodénum et le cholédoque est graduelle (Férolodi).

Masson propose une classification qui s'inspire de l'ontogénèse. Il y a :

- les formes fondamentales :
 - a) Epithélioma à cellules cylindriques sombres ;
 - b) Epithélioma à cellules claires.
- les formes évolutives de groupe :
rappelant les épithéliomas intestinaux, l'intestin étant considéré comme souche ancestrale.

Dans nos observations, il existe un cas de tumeur carcinoïde. La découverte a été purement histologique. Des colorations spéciales l'ont confirmée. La clinique a été muette sur la nature de cette tumeur (dossier n° 17). C'est une tumeur rare.

On a rapporté seulement 5 cas (1952, J. M. RAB & collaborateurs). Un autre malade a présenté un épithélioma épidermoïde intermédiaire (dossier n° 14) dont la topographie milite en faveur de sa nature primitive. Il faut signaler qu'un tel épithélioma, strictement ampullaire, est rare.

Dans les deux cas, la symptomatologie est celle d'un ampullome vatérien sans aucune note spéciale.

Pour la tumeur carcinoïde, il s'agit d'une tumeur végétante vatéro-duodénale centrée par l'orifice oddien ;

Pour la tumeur épidermoïde, la lésion consiste en une ulcération qui intéresse duodénum et papille.

Les deux tumeurs infiltrèrent structures avoisinantes et ganglions régionaux, mais elles ont réuni les habituels critères d'opérabilité. Ainsi la tumeur carcinoïde a été traitée par une duodéno pancréatectomie céphalique plus une cholécystectomie et l'épithélioma épidermoïde par une duodéno pancréatectomie céphalique simple.

Le recul pour le premier malade est de deux ans. Il est bien portant. Le second malade vient seulement d'être opéré au moment où nous rédigeons ce travail.

La surveillance de l'évolution de ces tumeurs est d'un intérêt incontestable. En effet, la tumeur carcinoïde ne peut être considérée comme tumeur bénigne, l'atteinte multiganglionnaire étant ici une preuve de son évolutivité. Quant à la tumeur épidermoïde, dont la diffusion ganglionnaire a été également signalée, la comparaison avec les tumeurs localisées ailleurs : oesophage ou anus par exemple, sera intéressante.

Quant aux autres tumeurs, elles sont des adénocarcinomes classiques : les cellules sont :

- . soit cylindriques à Cytoplasme sombre, à plateau strié ou non, à pôle mucipare ou non ;
- . soit cubiques à cytoplasme plus ou moins clair, parfois mucipare.;

Leur agencement témoigne de leur haute différenciation :

- . cinq sont papillaires,
- . dix sont glandulaires ou tubulo alvéolaires,
- . 13 sont polymorphes,
- . aucune n'est anaplasique.

Tableau 10 : Répartition des cas selon les structures :

E. Macro	Papillaire	Glandulaire	Mixte	Inclassable	TOTAL
Végét.	4	5	2	1	12
Ulcér.	-	1	2	1	4
Vég. Ulc.	-	-	7	-	7
Im. Ulc.	-	-	1	-	1
TOTAL	4	8	13	2	27

Si la détermination d'un point de départ n'a pas toujours été possible, par contre une attention particulière a été accordée :

- . à la localisation,
- . au degré d'extension en profondeur et en surface.

Le classement des cellules en type intestinal (observation n° 9), en type cholédocien (observation n° 5,7), en type wirsungien (observation n° 29) a été parfois possible grâce :

- . à leur morphologie, (photo 4, planche 2 page 40)
- . à la position des noyaux, (photo 4, planche 2, page 40)
- . à l'affinité tinctoriale du cytoplasme,
- . à l'importance de la muco-sécrétion, (Photo 3, planche 1 page II) ;
- . à l'arrangement des cellules.

VALEUR DE L'HISTOLOGIE :

La méthode histologique ordinaire présente une importance incontestable dans l'étude des tumeurs. Elle est malheureusement incapable d'aider le chirurgien parce qu'elle demande un certain délai pour la préparation des pièces. Elle infirme ou confirme à posteriori l'étiquette que la macroscopie a permis de donner au processus.

Elle est effectuée dans un but statistique, pronostique plus souvent que dans un but diagnostique. Et, dans cette dernière éventualité, elle permet de réviser, de corriger une première attitude thérapeutique pour autant que le malade et son état général le permettent.

Une exérèse à minima pour tumeur présumée bénigne peut ainsi être suivie d'une duodénopancréatectomie céphalique si l'examen histologique de la pièce révèle un processus malin notoire.

A côté de l'étude histologique classique, il y a les examens extemporanés. Ils ont l'avantage d'être utilisés en cours d'opération. Mais ce qu'on gagne en délai, on le perd en précision. Le faux positif entraîne un acte démesuré, mais parfois aussi la guérison définitive, tandis que les faux négatifs, qui ne sont pas rares, réservent des conséquences dramatiques à plus ou moins brève échéance.

Toutes les précautions doivent être prises pendant le prélèvement pour éviter les désagréables surprises :

les fragments seront assez volumineux et taillés sous des angles adéquats pour permettre des coupes sériées assez nombreuses pour établir aussi complètement que possible les structures de la tumeur et son extension. Aucune de ces précautions ne sera superflue dans le cas où la tumeur est simplement suspecte.

Les avis sont partagés quant à la valeur de l'examen extemporané. Certains chirurgiens n'hésitent pas, en cas de doute, à entreprendre la duodéno-pancreatectomie céphalique. A ce propos, Dennis et Varco. constatent que : " au moment de l'exploration des lésions de l'ampoule de Vater et de la tête du pancréas, l'examen extemporané n'a jamais été de quelque secours". Et ils ajoutent : "le chirurgien ne peut déléguer utilement à l'anatomopathologiste la déci-

sion de faire procéder ou non à la résection d'une lésion."

Mais Ackermann et Wheat, cités par Spjut, admettent que l'examen extemporané d'une lésion dans la région vatricienne est impératif avant une cure radicale. Spjut et ses collaborateurs préconisent des prélèvements répétés jusqu'à ce qu'un diagnostic suffisant soit obtenu. Cette position est défendue par Puestow.

Mathis écrit, en 1967,

"Théoriquement, l'utilité d'un examen extemporané est indispensable dans les cas douteux. Pratiquement, on a rapporté de nombreux cas où l'anatomopathologiste n'est pas plus avancé que le chirurgien."

Déjà, avant lui, Whipple écrivait qu'"il n'a jamais été capable d'avoir une information valable par la biopsie pour des cas douteux."

Nous emprunterons à Spjut un tableau qui fait état des résultats de 124 biopsies effectuées sur 68 malades :

. Nombre de cas	68
Il y a eu présence de tumeur	49
Il y a eu absence de tumeur	19
. Nombre total des biopsies effectuées	124
Diagnostic positif	91
Diagnostic négatif .V.	33
Erreurs	6
Faux négatif	6
Faux positif	0

Sur les coupes biopsiques, six diagnostics faux négatifs ont été portés. En fait, sur 68 cas, il s'agissait de tumeurs non néoplasiques : 19 fois et 3 fois la biopsie a fait une erreur et est passée à côté d'une tumeur malgré des coupes sérieuses.

Une notion capitale doit être soulignée :

"L'aspect normal d'une pièce de biopsie n'exclut pas la possibilité d'un cancer."

Actuellement, l'examen extemporané des ganglions suspects est habituel. Il

fournit des indications précieuses sur le degré d'extension de la tumeur. Il permet de préciser la cure radicale élargie en révélant l'atteinte des ganglions qui se trouvent hors des limites de l'exérèse projetée.

RELATION ENTRE LA MACROSCOPIE, L'HISTOLOGIE ET L'EVOLUTIVITE.

L'aspect macroscopique ne rend pas compte de la structure histologique. Une apparence villeuse peut correspondre à une structure papillaire, mais l'histogénèse ne peut en être déduite.

Les éléments cholédociens et les éléments intestinaux donnent souvent un aspect macroscopique semblable. Les tumeurs végétantes, ulcérées, nodulaires peuvent être des adénocarcinomes lieberkühniens ou tubulo excréteurs. En outre, la juxtaposition d'aspects histologiques différents dans une même tumeur est très fréquente. Une consistante donnée n'est pas particulière à une variété histologique. Il en est de même de la couleur, des dimensions (tableau n° 11).

Tableau n° 11 : Les éléments cellulaires selon les structures.

Eléments	Structure papillaire	Structure glandulaire	Structure mixte	inclassable.
Cholédociens	2	7	5	1
Intestinaux	4	2	5	1
TOTAL	6	9	10	2

* on note la fréquence des structures mixtes : 10 / 27.

A un moment donné de leur évolution, ces tumeurs sont capables de métastases sans qu'une variété histologique montre une prédisposition particulière. Cependant, le caractère très différencié des tumeurs de l'ampoule de Vater, dans la grande majorité des cas, est un fait à souligner qui les rapproche des adénocarcinomes du colon et les éloigne des adénocarcinomes de l'estomac sur le plan évolutif (tableaux 12 et 13).

Tableau n° 12 : Les formes macroscopiques et topographiques et les atteintes ganglionnaires.

Formes macroscopiques	Absence d'atteinte ganglionnaire.	Atteinte ganglionnaire	Métastases
Vatéro duodénale	8	9	1
Intra ampullaire	7	4	-

Tableau n° 13 ; Relation entre le degré d'extension et la structure.

Aucune structure n'est visiblement privilégiée.

STRUCTURES	O P E R A B L E S :			I N O P E R A B L E S :		
	Tumeurs localis.	Infiltr. tis. vois.	Adéno- pathies	(1)	métastases	Infiltrat. massives
Papillaire	3	2	2	1	-	-
Glandulaire	2	8	2	1	1	-
Mixte	3	8	2	-	1	1
Inclassable	-	2	2	-	-	-

(1) Adénopathie coeliaque ou mésentérique.

VALEUR DE LA CYTOLOGIE.

L'examen cytologique des produits de tubage duodénal apporte un élément de grande valeur, s'il est positif. Beaucoup d'auteurs, dont Caroli, lui accordent une attention particulière. En 1958, Raskin et ses collaborateurs écrivaient :

"Il est encore trop tôt pour détecter une tendance définitive à un diagnostic précoce dans des cas cliniquement peu évidents" mais, ajoutaient-ils, "la technique

cytologique de la desquamation offrirait beaucoup de promesse dans cette direction."

D'abord, la constatation de sang peut déjà donner l'éveil. La desquamation profuse traduit une inflammation ou une néoplasie au niveau des conduits du carrefour vaterien. On retrouve ainsi dans le produit de tubage duodénal des cellules normales de l'épithélium à côté de cellules néoplasiques, dans les cas positifs. La morphologie des cellules tumorales, selon Koss, ne donnerait aucune particularité parce que ces cellules viennent pour la plupart d'adénocarcinomes. Les cellules normales par leur aspect, par contre, peuvent rendre compte de l'origine des tumeurs. Et c'est ainsi que :

- La prépondérance des cellules hautes, cylindriques avec leur plateau strié bien visible, un gros noyau ovale et en général situé dans le tiers inférieur près de la base, est en faveur d'une lésion duodénale puisque ces cellules sont celles qui recouvrent normalement le duodénum.
- La constatation de cellules épithéliales venant du cholédoque est significative. Ces cellules sont décrites par Henning et Witte comme des tiges d'allumettes avec un noyau uniformément long, d'un ovale étiré. On peut les rencontrer sous forme de nappes à une seule assise. Mais les cellules épithéliales provenant des canaux hépatiques sont moins hautes, leur noyau est uniformément et remarquablement petit, la plupart du temps presque rond, et souvent relégué à un bout de la cellule. Ces cellules accompagnent les cellules tumorales provenant soit du bas cholédoque et de l'ampoule de Vater dans le premier cas, soit des petits canaux biliaires, dans le deuxième cas. (Photo 4, planche 2 page 40)
- Les cellules épithéliales du wirsung sont des cellules rondes, sans plateau strié. Leurs dimensions réduites les différencient des cellules duodénales ou cholédociennes. Leur cytoplasme est mal limité, granuleux. Leur noyau est rond avec une membrane bien soulignée et par endroits épaissie, et il est clair. On peut également retrouver dans le produit de tubage des cellules de parenchyme pancréatique : grosse cellule ovale ou polyédrique ou ronde, avec un abondant cytoplasme formé soit de grosses granules, soit de fines granulations. Le noyau est rond, avec une membrane bien visible et de grosses nucléoses, un noyau multiple n'est pas rare. Ces cellules sont en faveur d'une localisation pancréatique de la lésion.

Il n'est pas inutile de rappeler qu'en l'absence de cancer ou d'inflammation, le produit d'aspiration duodénale est presque toujours sans cellules. Occasionnellement pourtant, dans le liquide teinté par la bile, on trouve des cellules cubiques ou cylindriques.

Sauf pour l'ampoule de Vater où le cancer peut être épidermoïde, les tumeurs épithéliales aux dépens du duodénum, du cholédoque et celles du wirsung sont des adénocarcinomes à différents degrés de maturation (Koss). Leur reconnaissance se base sur la constatation de noyaux anormaux qui "ne diffèrent pas de ceux trouvés dans l'estomac". Noyau agrandi, hyperchromique, nucléoles proéminents sont les principales altérations.

La mise en évidence d'une tumeur par la cytologie est ardue et demande la revue et la confrontation de tous les aspects indubitablement positifs. La place tenue par la cytologie dans l'arsenal diagnostique est modeste, le tubage duodénal est inconfortable pour le malade. L'épreuve n'a été appliquée à aucun patient de notre série. Elle ne s'adresse qu'aux malades dociles dont l'état général est relativement conservé.

Certes, comme l'examen extemporané, une cytologie négative ne constitue pas un argument pour éliminer l'existence d'un ampullome vatérien. Mais sa valeur est grande quand elle est positive. D'après Henry Lenon, l'interprétation des produits du tubage au niveau du duodénum donne davantage de résultats positifs que celle des produits d'aspiration gastrique. Il a pu ainsi détecter presque les deux tiers des tumeurs primitives des voies biliaires et du pancréas, avec seulement 1 % de faux positif. Quelques uns de ces produits de tubage ont révélé la possibilité de cancer alors même que les biopsies effectuées pendant l'opération furent incapables de donner le diagnostic, lequel fut confirmé par la suite.

CORRELATIONS ANATOMO-CLINIQUES.

La complexité structurale de la région explique le caractère banal des signes cliniques. Et l'exiguité de l'ampoule fait qu'ils sont souvent précoces.

L'ictère correspond, par exemple, à un obstacle à l'écoulement de la bile dans la lumière duodénale. Peuvent le provoquer : végétations et nodules suffisamment

gros, sténoses au niveau de l'ampoule ou au niveau du bas cholédoque. L'origine mécanique ne semble faire de doute. Baggenstross, cependant, rapporte cinq cas de tumeurs bénignes, volumineuses, mais muettes du vivant des porteurs. De telles tumeurs restent des découvertes d'autopsie. Mais Denjoy en rapporte des cas dont la symptomatologie est exactement superposable à celle des tumeurs malignes. Il ajoute que des troubles, comme ceux trouvés dans les tumeurs malignes, peuvent précéder cet ictère parfois de plusieurs dizaines d'années, ce qui milite en faveur de l'origine mécanique.

Cet ictère a une particularité. Il est souvent à rémissions. Celles-ci correspondraient, au niveau de la lésion, à une infection, à un dégagement, à une nécrose, à une élimination de bourgeon. Et, selon Caroli, l'hémorragie intestinale abondante pourrait être le témoin d'une ulcération, d'une élimination d'un tissu nécrotique.

Les hémorragies digestives, moins importantes et plus ou moins occultes, à répétition, seraient fréquentes dans les formes intestinales (Aynaud, cité par A. Varay). Dans le tubage duodénal, la présence de sang est considérée comme un signe de présomption sérieuse.

L'angiocholite signe l'infection ascendante à partir de l'épithélium lésé. Elle est généralement plus tardive que celle d'une lithiase. Elle a été microscopiquement retrouvée chez tous les patients qui eurent des accès de fièvre et des frissons (Mongé et Dockerty).

Les troubles digestifs divers, comme les nausées et le vomissement, amènent à une dénutrition objectivée par l'altération de l'état général. Ils sont communs à la pathologie duodénale en général et du carrefour vatérien en particulier. On est tenté de les imputer à une activité débilitante quelconque d'un cancer évolutif. L'étude, la symptomatologie des tumeurs reconnues cliniquement, chirurgicalement, histologiquement bénignes, les fait plutôt considérer comme conséquences de l'élément mécanique dans le contexte lésionnel.

Les douleurs ne sont pas exceptionnelles dans les anapullomes vatériens. Elles siègent souvent dans la partie supérieure de l'abdomen. Elles résument parfois toute la symptomatologie du début, surtout lorsque celui-ci est progressif. Mais elles sont beaucoup plus fréquentes dans le cancer de la tête du pancréas, par exemple,

et quand elles sont sévères, Drapiewski les attribue à l'invasion périneurale. Cette invasion périneurale semble l'exception dans l'ampullome vatérien. Sur 23 cas cités par Tashio et ses collaborateurs, trois fois la douleur était sévère, onze fois l'intensité moyenne. Elle était nulle dans neuf cas.

Une lésion papillaire au début qui n'intéresse ni l'orifice, ni l'ampoule, peut ne pas comporter d'ictère dans sa symptomatologie. Elle sera méconnue jusqu'à ce qu'il apparaisse signant souvent un stade avancé. En outre, il ne semble pas qu'il y ait un rapport étroit entre l'ictère et la possibilité ou non de cathériser l'Oddi.

LES METASTASES ET LES INVASIONS LOCOREGIONALES. - Dans les dossiers que nous avons étudiés, en ce qui concerne les métastases, au moment du diagnostic, si on inclut dans le compte les cas de ganglions envahis, qu'ils se trouvent dans l'aire de résection ou non, on arrive au chiffre impressionnant de 30 %. Une fois, chez le même sujet, la métastase a été trouvée sur le foie et sur les ganglions de la région. La fréquence donnée par Salvatore Ferrandu est de 43 %. Semble donc infirmée la notion classique de la rareté des métastases dans les ampullomes vatériens (cf. tableau n° 8).

Heureusement l'atteinte ganglionnaire, qui demeure très souvent régionale, ne contr'indique pas la cure radicale, de même que les structures voisines infiltrées, très caractéristiques de cette affection.

C'est ainsi que nous avons trouvé dans nos observations, sur 30 cas :

- une atteinte du duodénum dans sa muqueuse et sa musculature : 14 fois,
- une atteinte du bas cholédoque : 6 fois,
- une atteinte du pancréas, au niveau de la tête : 6 fois,
- une atteinte de la vésicule : 1 fois.

Au point de vue histologique, les métastases et les territoires infiltrés sont habités par des cellules qui reproduisent, à quelques nuances près, la structure de la tumeur primitive. Leur étude a permis de les rattacher à coup sûr à l'ampullome dans deux cas (dossiers n° 21 et 26).

LES LESIONS ASSOCIEES.

A part les lésions dues à l'invasion cancéreuse, les organes contigus à la papille peuvent être le siège de détériorations diverses :

- la paroi duodénale peut être, aux environs immédiats de la lésion, scléreuse et oedémateuse (dossier n° 4) ou même présenter une adénomatose brünérienne (dossier n° 13),
- le bas cholédoque présente parfois une muqueuse abrasée (dossier n° 15) Mais plus souvent l'arbre biliaire est dilaté et dans une observation de Couland Christian, le cholédoque a atteint les dimensions d'une anse distendue. Cette dilatation peut aller jusqu'à la rupture, Nous n'avons pas observé un tel fait dans notre série. L'infection attaque souvent ces voies biliaires distendues.
- L'angiocholangite est presque toujours présente chez les malades, avec accès de fièvre, de frissons et avec des taux de phosphatases alcalines au dessus de 35 K-Armstrong. Dans notre série, l'angiocholite a été signalée dans la moitié des cas.
- Le rapport entre calcul et cancer n'est pas entièrement élucidé, mais la stase apparemment entraîne souvent la lithiase biliaire. Liebert et ses collaborateurs constatent que la lithiase vésiculaire et cholédocienne se voit dans une proportion beaucoup plus élevée en cas de cancer vatérien que chez les autres sujets. La lithiase était présente dans trois de nos observations (dossiers n° 4, 2, 11). Pour les n° 2 et 4, la lithiase semble associée au cancer. Le n° 11 présente une particularité : quatre années auparavant, la notion de lithiase était déjà connue.
- Le foie, dans l'ampullome, est semblable à celui trouvé dans tout ictère retentionnel. Ainsi, il peut être énorme, de couleur bleu-verdâtre. Toutefois, une atteinte grave du parenchyme semble assez rare. Les tests hépatiques sont le plus souvent peu perturbés, parfois même normaux (dossiers n° 11, 15, 16, 17 et 20), compte non tenu de la bilirubinémie et du taux de phosphatases alcalines.
- Le pancréas est assez souvent le siège d'une sclérose ou d'une atrophie épithéliale (dossier n° 13). Cette regression scléreuse peut être intra-lobulaire et intra-acineuse. La note inflammatoire est parfois très intense ; elle est souvent interstitielle (dossier n° 10). Les lésions

du type nécrotique ou hémorragique sont, en général, relativement rares et discrètes. Elles sont exceptionnellement importantes dans un de nos cas (dossier n° 1). La dilatation du wirsung peut être observée (dossier n° 17) ainsi qu'une péripancréatique sclérolipomateuse (dossier n° 5).

- Enfin la vésicule peut présenter des lésions :

- . inflammatoires, scléreuses ou oedémateuses, mélangées dans diverses proportions (dossiers n° 6,7 et 8).
- . adénomateuses et diverticulaires (dossier n° 17).

CONSIDERATIONS THERAPEUTIQUES



Deux sortes de peur dominent la thérapeutique chirurgicale des tumeurs vatriennes :

- . la peur d'aller mutiler pour des motifs qui n'en valent pas la peine,
- . et la peur d'être incomplet devant le risque de récurrence.

Mais il existe aussi un traitement d'ordre général qui s'adresse aux cellules cancéreuses elles-mêmes et qui fait appel :

- . soit à la chimiothérapie,
- . soit à la radiothérapie.

La chimiothérapie cytostatique peut être :

- . une thérapeutique de principe dans les cas limites traités par l'excès à minima (aucun de nos malades n'a reçu ce traitement) ;
- . l'ultime ressource dans les cas de récurrences ou de métastases.

Son efficacité reste à prouver. Batteman et Belle (1) semblent avoir obtenu quelques succès avec le 5-fluoro-uracile.

La radiothérapie présente les mêmes indications. Kyrle a irradié un carcinome de la papille après résection transduodénale ; le patient eut une survie de 14 mois. Billingsley et ses collaborateurs ont observé un net raccourcissement de la vie chez 13 malades inopérables après radiothérapie.

Mais dans les ampullomes vatriens, le traitement est avant tout chirurgical. Nous ne ferons que mentionner ces interventions actuellement bien connues et décrites avec les précisions voulues soit dans la thèse d'Epfelbaum, soit dans le journal de chirurgie, tome 97, du mois d'avril 1969 (Colloque sur les cancers vatriens à l'hôpital Vaugirard 1967).

Pour les tumeurs bénignes, nous citerons :

- . 1) la résection du pédoncule d'implantation avec électrocoagulation,

1) Cités par K. Gyr .

- . 2) la résection partielle de la papille,
- . 3) l'ampullectomie.

Pour les tumeurs manifestement malignes, les interventions sont soit :

- . Curatives :
 - a) Papilloduodénectomie,
 - b) duodénopancréatectomie céphalique,
- . palliatives :
 - a) dérivation bilio-pancréato-digestives.

A l'heure actuelle, la technique paraît "au point", les équipes bien entraînées et le service de réanimation très efficace. Et même pour l'exérèse élargie, la duodénopancréatectomie céphalique, le taux de mortalité diminue d'année en année.

Le résultat à court terme est plus que satisfaisant. Mais il n'en fut pas toujours ainsi.

L'exérèse élargie eut, en effet, au début, une mortalité effroyable (Codi-villa, Kausch, Hirsche) (1). On dut lui substituer le traitement palliatif par dérivation bilio-intestinale. Ceci se passait aux environs de 1898. En 1901, Mayo et Halstead (1) effectuèrent l'excision transduodénale, mais il en résultait "rarement une complète ablation du tissu tumoral". En 1935, Whipple, Parson et Mulloris (1) inaugurèrent la période dite des "pionniers" avec la technique codifiée par Whipple. Cette période va de 1935 à 1947. En 1948 lui succède une période dite "radicale" qui va jusqu'en 1952. Elle a été marquée par le découragement général suscité par la récurrence quasi systématique du cancer de la tête du pancréas. De 1953 à 1957, la période est dite "rationnelle" : désormais les cas désespérés sont traités par la technique "palliative".

OPERABILITE

Si les équipes chirurgicales accomplissent actuellement dans la duodénopancréatectomie céphalique une performance remarquable, c'est grâce en partie à la

) Cités par Miller and Dockerty.

sélection des malades, à la recherche des critères rigoureux permettant une intervention en toute sécurité.

La symptomatologie de l'ampullome vaterien comprend des éléments les uns plus significatifs que les autres, dans le choix de l'acte thérapeutique.

En principe, la méthode curative est appliquée à une lésion suffisamment localisée et chez des patients dont l'état général est conservé, relativement. La méthode palliative s'adresse aux lésions avancées pour lesquelles la méthode curative est inutile parce qu'il y a :

- . généralisation du processus malin, ou
- . impossibilité d'ordre anatomo-pathologique.

Elle s'applique aussi aux sujets âgés ou tarés dont la résistance physique est si précaire que l'issue fatale du choc opératoire paraît très probable (dossiers 1, 2, 15, 30 et 21 ; cf. tableau 14).

RELATIONS ENTRE L'ETAT GENERAL et L'OPERABILITE.

A. - AGE ET SEXE :

K. Gyr note que l'âge moyen est de 62,5 ans chez les hommes et 68,3 chez les femmes au moment où ils subissent la cure radicale. Il est de 64,8 ans chez les hommes et 68,8 chez les femmes traités par la dérivation bilio-digestive.

Si le grand âge est, en principe, une contr'indication à la duodénopancréatectomie céphalique, elle peut être effectuée chez des patients qui, quoiqu'âgés, présentent un état de robustesse relative. C'est ainsi que la D.P.C. a pu être menée sans grands dommages sur des sujets âgés de :

- 71 ans (cas n° 28) ;
- 72 ans (cas n° 29) ;
- 68 ans (cas n° 25).

Nous avons trouvé dans notre série, pour la cure radicale, des malades âgés de 43 à 75 ans, se répartissant comme suit :

- . ampullectomie : deux, âgés respectivement de 70 et 75 ans ;
- . D. P. C. : 23, dont 10 femmes âgées de 47 à 68 ans ;
13 hommes âgés de 43 à 72 ans.

Tous nos malades non opérables sont du sexe féminin et sont respectivement âgés de 27, 40, 59, 63 et 82 ans (Cf. indication de la D.P.C., page).

En fin de compte,

. l'opérabilité est une question d'individu. L'âge n'est vraiment un obstacle à l'exérèse large que dans la mesure où il est une cause de débilitation physique incompatible avec une intervention choquante et mutilante. C'est ainsi que les grands tarés organiques, même s'ils sont jeunes, ne peuvent bénéficier d'une cure radicale du type D.P.C.

B. - SIGNES DE CARACTERE GENERAL :

L'ampullome vaterien comporte des signes de déchéance physique et fonctionnelle qui, à première vue, paraissent très graves.

. L'amaigrissement :

De tous les signes, il est sans doute le plus frappant. Il dénote un processus de dénutrition commun aux affections de l'intestin grêle. Il est objectivé sur le plan biologique par l'hypoprotidémie. Il n'est pas une contre-indication à l'opération. Certains auteurs notent même qu'un amaigrissement important peut être un bon élément de pronostic (Péter A. Salmon).

. les atteintes du parenchyme hépatique :

Elles sont en général discrètes, parfois inexistantes. Cependant, on doit en tenir compte lorsqu'il y a association de l'ampullome avec une affection débilitante, une cirrhose, par exemple, ou lorsque l'intensité, la durée de la symptomatologie, la surinfection auront été exceptionnellement importantes au point d'occasionner des perturbations graves.

. L'ictère :

Son caractère retentionnel est un élément rassurant et doit être confirmé cliniquement et biologiquement. Son intensité, par contre, mérite une attention particulière. L'expérience a appris qu'à un index ictérique de moins 30 correspond une mortalité opératoire de 10 %, tandis que la mortalité opératoire est de 50 % lorsque l'index ictérique est de plus de 80 (Tashio Sato et collaborateurs). Néanmoins, l'ictère n'est pas une contre-indication puisque le déjaunissement peut être le premier temps de la duodéno pancréatectomie.

En effet, selon Tashio et ses collaborateurs, un index ictérique de plus de 80 commande une dérivation préalable. Celle-ci modifie le terrain. Elle améliore le taux de protidémie, l'état nutritionnel. Elle diminue la tendance à l'hémorragie et prévient la rupture des anastomoses ; en somme, elle diminue les risques de complication post-opératoire. Si, après drainage, il n'y a pas déjaunissement, un tel fait serait un signe péjoratif pour la suite opératoire. Dans la statistique de Monge, Malcolm et Dockerty, les survivants de plus de 5 ans ont eu un ictère qui, avant l'opération, avait présenté soit des fluctuations, soit une rémission. Ainsi, sur le plan de l'opérabilité comme sur le plan de la survie, l'ictère ne constitue pas un élément de gravité.

RELATION ENTRE QUELQUES PARTICULARITES CLINIQUES de l'ampullome vaterien et L'OPERABILITE;

. La durée de la symptomatologie :

Elle est remarquable. Elle n'implique pas nécessairement l'abandon de la résection. Cependant, une longue histoire des lésions ne constitue pas dans tous les cas un motif d'optimisme. Pour des raisons d'évolution, de complications, elle entraîne à la fin une altération locale et générale irréversible (dossier n° 1). Peter A. Salmon a constaté que la D.P.V. est bien tolérée par les malades ayant eu une période relativement longue d'ictère. Il faut souligner que tous ces malades ont eu des investigations de laboratoire dont les résultats sont normaux ou à peine anormaux (tests fonctionnels du foie, examen hématologique). K. Gyr voit également dans la durée de la symptomatologie et, par là dans la vitesse de prolifération, un facteur qui influence l'opérabilité. Deucher et Villiger supposent que les longues évolutions, du moins dans les formes papillaires, correspondent à une transformation maligne d'une tumeur bénigne, d'où le caractère d'opérabilité et le pronostic favorable après la cure radicale.

. L'intensité des douleurs abdominales :

Elle peut être considérée comme un élément de gravité. Classiquement l'ictère retentissant des tumeurs de la région vaterienne est un syndrome non douloureux. Pratiquement, l'ampullome vaterien s'accompagne beaucoup plus souvent qu'on ne le pense de douleurs soit diffuses, soit de type colique hépatique, plus ou moins intermittentes. Ces douleurs sont rarement l'indice clinique de non resecabilité (Tashio et ses collaborateurs).

• L'extériorisation de la tumeur par la palpation :

Elle ne semble pas influencer a priori sur la possibilité de cure radicale du type D.P.C. Les grosses tumeurs ne sont pas nécessairement plus réchantes que les petites. Mais il se trouve que les tumeurs non palpables sont resecables dans une proportion de 17/18 contre une proportion de 3/5 dans les tumeurs palpables dans les statistiques établies par Tashio, Sato et collaborateurs.

RELATION ENTRE LES RESULTATS DES INVESTIGATIONS COMPLEMENTAIRES ET L'OPERABILITE.

- 1°. - La spleno-portographie, si elle peut être effectuée avant l'opération est capable d'objectiver des anomalies qui contr'indiquent la D.P.C.. Dans l'ampullome vatérien, elle ne semble pas indispensable (Epfelbaum).
- 2°. - L'artériographie sélective coeliaque et mésentérique est actuellement considérée comme un temps préalable à toute intervention pour tumeur vatérienne. Elle détecte les anomalies de vascularisation dont certaines contr'indiquent la D.P.C. Selon Tashio et collaborateurs, les anomalies sont souvent limitées, chez leurs malades, aux artères pancréatico-duodénales supérieures et dans ces conditions, la résection est possible.
- 3°. - La cholangio-portographie qui comprend la cholangiographie transhépatique percutanée et la portographie simultanées, donnerait une prédiction très précise de la resecabilité. Aucun de nos malades n'a subi les deux épreuves couplées ou séparées. Selon Léger, la cholangiographie transpariëto-hépatique "visualise" directement le carcinome sous forme d'une petite image qui "étant donné l'irrégularité de son profil, peut alors être différenciée de celle arrondie et régulière d'un calcul."

En outre, il peut être établi par cette méthode que :

"plus longue est la distance entre l'union des branches hépatiques et le lieu d'obstruction, plus grande est la possibilité d'opérabilité de la tumeur. Cette distance doit être supérieure à 5 cm. (V. schéma 3).

D'autre part, la resécabilité et la distance entre la veine porte et le point d'obstruction du cholédoque présentent également une corrélation. En effet, la résection est d'autant plus facile que cette distance est plus grande (Schéma 4).

CANAUX BILIAIRES
HEPATIQUES

VESICUELE

SCHEMA N°3

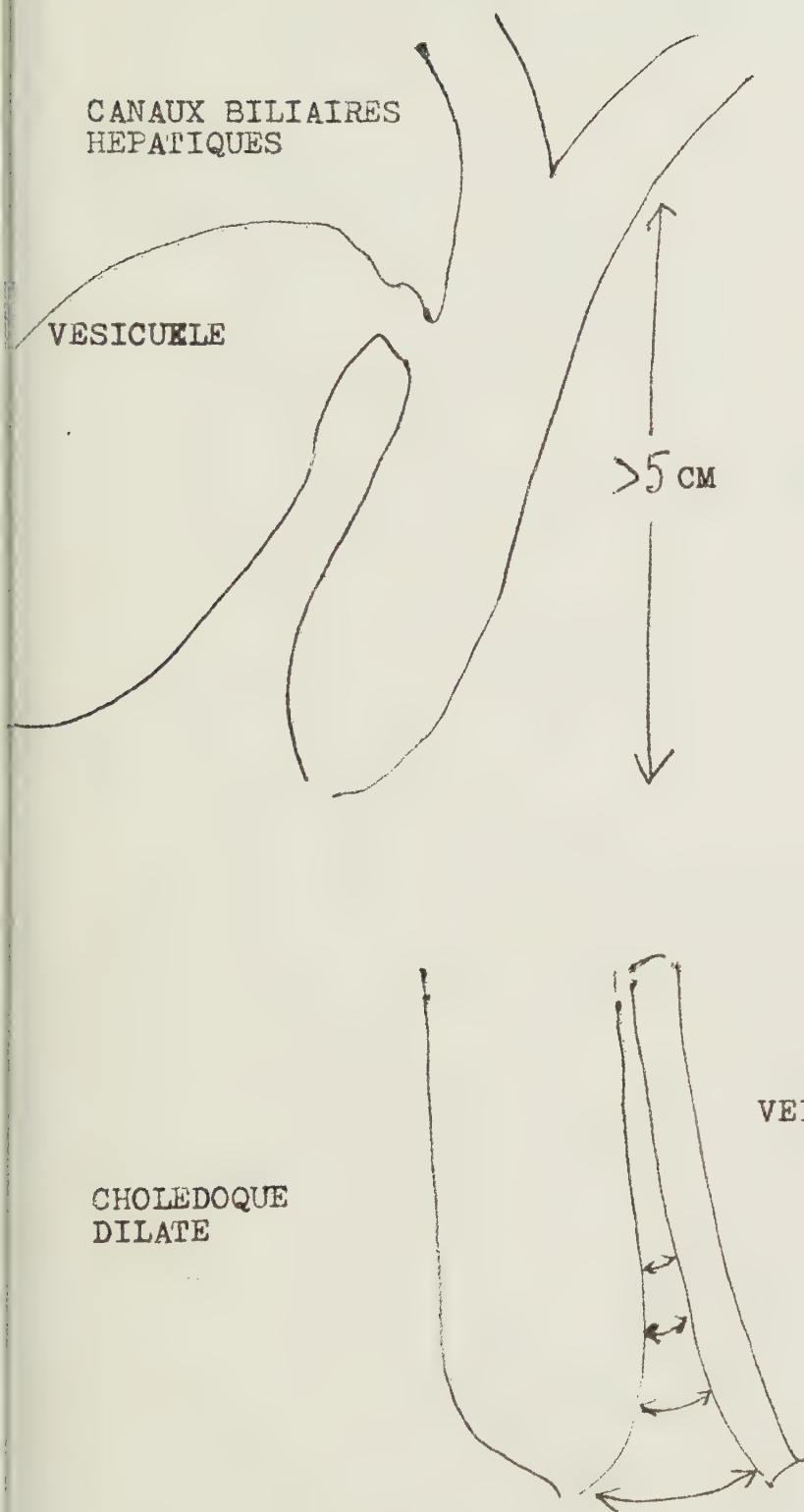
Voir les explications
dans le texte

>5 CM

SCHEMA N°4
voir les explications
dans le texte

VEINE PORTE

CHOLEDOQUE
DILATE



- 4°. - La laparatomie exploratrice et la laparoscopie permettent de voir l'absence ou non de métastases, en particulier à la surface du foie et du péritoine.

I N O P E R A B I L I T E :

Milton R. Porter écrit, en 1958 :

- . "Puisque le type de tumeur, souvent, ne peut être déterminé jusqu'à ce que les études soigneuses des coupes histologiques soient faites,
- . "Puisque des guérisons sont signalées dans toutes les catégories de ces tumeurs.
- . "Puisque la taille de la tumeur primitive ne peut être considérée comme un élément de pronostic sûr chez les malades pris individuellement.

les chirurgiens doivent chercher ailleurs les critères qui puissent définir l'inopérabilité."

. Quels sont ces critères ?

1. - C'est tout d'abord la métastase.

Sa constatation, en dehors des limites assignées à la résection est une contr'indication majeure : exemple métastase du foie.

2. - L'infiltration massive loco-régionale constitue une deuxième contr'indication majeure (dossier n° 1).

3. - Les ganglions régionaux envahis sont également des arguments contre la DPC avec des nuances selon les auteurs. Ces ganglions sont :

- . les ganglions situés le long de l'artère hépatique,
- . les ganglions de la racine du mésentère de l'intestin grêle,
- . les ganglions situés le long de l'artère gastro épiploïque,
- . les ganglions situés derrière les canaux biliaires hépatiques et la partie supérieure du cholédoque,
- . les ganglions situés le long du colon transverse.

Pour Hepp et Bismuth (1), l'invasion des ganglions mésentériques et coeliaques affirmée par un examen extemporané, doit faire récuser une D.P.C. (dossiers n° 2

tés par R. Vayre et J. Hureau.

Pour K. Gyr, une métastase ganglionnaire régionale ne constitue pas un argument contre une cure radicale élargie, pour autant que ces ganglions se laissent résequer avec la lésion (Dossiers n° 6, 10, 14, 16, 17, 20, 22 et 24).

4. - L'atteinte des vaisseaux sanguins est habituelle, mais reste une constatation microscopique. Cependant, peuvent être reconnus macroscopiquement :

- . l'atteinte de la veine porte,
- . l'atteinte de l'artère mésentérique supérieure.

Toutes les deux contr'indiquent la D.P.C.

INDICATIONS DE LA D.P.C.

C'est au niveau de l'extension du processus que se situe le problème. Cette indication est de deux ordres :

A. Elle est dite de principe, lorsque la D.P.C. s'applique à une lésion localisée. Les critères d'opérabilité sont réunis. Et, quoiqu'à priori la possibilité d'une exérèse à minima puisse être soulevée, les règles de la carcinologie, sinon l'exigent, du moins la recommandent.

B. Elle est dite de nécessité lorsque la D.P.C. s'applique à des cas évolués dans lesquels les conditions, sans être idéales, sont dans les limites du "raisonnable. Elle vise à obtenir les mêmes résultats en enlevant, avec la lésion les structures avoisinantes infiltrées, pour autant qu'elles se trouvent dans l'aire de l'exérèse

Chaque équipe a sa façon d'apprécier les paramètres de la lésion. Il est concevable que l'étude analytique n'en soit pas aisée, à cause de la diversité des informations. Cependant quelques faits sont, à l'heure actuelle, admis unanimement ou presque, comme contr'indiquant la D.P.C. (Cf. tableau 15,) :

- . le très grand âge (dossier n° 30),
- . le mauvais état général,
- . les métastases,
- . l'infiltration loco-régionale massive (dossiers : 21 et I)
- . L'atteinte des ganglions mésentériques et coeliaques (dossiers 2 & 15),
- . la constatation de l'envahissement de l'artère mésentérique,
- . la constatation macroscopique de l'envahissement de la veine porte,
- . la constatation d'une extension importante de la lésion du cholédoque en direction du foie,
- . la constatation d'un voisinage dangereux du cholédoque infiltré et de la veine porte.

La constatation d'un seul de ces critères rend la curabilité par l'intervention radicale très aléatoire à court ou à long terme.

En pratique, pour une raison ou une autre, 20 % des malades ne peuvent bénéficier de l'exérèse large.

Dans notre série, faite de trente cas, cinq n'ont pu en bénéficier, soit 20 %. Tashio et ses collaborateurs ont trouvé un taux de 13 %. D'autres statistiques sont encore moins brillantes (tableau 14, page 68 et tableau 15, page 69).

En effet, Kern et ses collaborateurs font état d'un taux de résécabilité de 11,3 % seulement. Morris et ses collaborateurs n'ont pu réséquer que 25 % de leurs patients. Ces auteurs, à l'inverse de Tashio et ses collaborateurs, tiennent compte dans leurs chiffres des cas de cancer de la tête du pancréas, de cancer du bas cholédoque et cancers vatriens.

Quelques caractères de l'ampullome vatrien font la quasi unanimité :

- . L'ampullome vatrien est de malignité réduite,
- . il métastase moins fréquemment aux ganglions,
- . il présente moins fréquemment une infiltration extensive,
- . il envahit rarement les lymphatiques périneuraux,
- . il montre une tendance à l'estension par contiguité plus importante.

Ainsi, comparativement, l'ampullome vatrien atteint les ganglions dans une proportion de 23 %

contre

- . cancer de la tête du pancréas 53,6 %
- . cancer du duodénum 62,5 %
- . cancer du cholédoque 33,2 %

Dans une statistique de Miller et ses collaborateurs, on retrouve le même profil :

- . cancer de l'ampoule 5 %
- . cancer de la tête du pancréas 59,3 %
- . cancer du duodénum 66,6 %

Pour les mêmes auteurs, l'extension directe est plus fréquente dans l'ampullome vaterien que dans les autres localisations :

- 76,9 % pour l'ampullome vaterien,
- 16,6 % pour le cancer de la tête du pancréas.

Selon Monge J.J. et ses collaborateurs, une infiltration extensive des ganglions se voit plus fréquemment :

- dans le cancer de la tête du pancréas 5 cas,
- dans le cancer du duodénum 4 cas,
- que dans l'ampullome vaterien. 2 cas seulement.

Les métastases lymphatiques péri-neurales ont été constatées :

- 21 fois dans le cancer de la tête du pancréas,
- 4 fois dans l'ampullome vaterien,
- 2 fois dans le cancer du cholédoque.

Tandis que Miller et ses collaborateurs trouvent la même diffusion dans :

- 66,6 % des cancers de la tête du pancréas,
- 0 % des cancers de l'ampoule,
- 0 % des cancers du cholédoque.

INDICATION DE LA PAPILLODUODENECTOMIE ou DE L'AMPULLECTOMIE.

Il s'agit d'une exérèse à minima qui s'adresse particulièrement à des cas dits limites. Selon P. Vayre et Hureau, il y a cas limite lorsque :

- la tumeur est de petite taille et à développement vatero-duodénal,
- en l'absence de dissémination macroscopique régionale,
- lorsque les voies biliaires et pancréatiques sont à peine dilatées,
- lorsque l'âge et l'état général ne permettent pas d'envisager une D.P.C. (dossier n° 30).
- lorsque le diagnostic de malignité n'est pas certain.

LE PRONOSTIC POST-OPERATOIRE.

A. - A court terme :

Pour des lésions nettement localisées, non infiltrantes, la D.P.C. de principe reste valable. Mais certains auteurs conseillent l'exérèse à minima de loin la moins choquante et la moins mutilante (Guilleret et G. Tete).

P. Vayre et Hureau rapportent que 32 papilloduodénectomies, n'entraînèrent aucun décès post-opératoire alors que le taux est de 23,8 % pour la D.P.C. et 18,1 % pour le traitement palliatif. Deux de nos malades furent traités par l'exérèse à minima, la mortalité post-opératoire fut nulle. Pour le traitement palliatif, le taux est de 25 % et pour la D.P.C. 4,3 % (1/23). Il est à noter que le traitement palliatif est aussi traumatisant que la D.P.C. et ce d'autant plus qu'il est appliqué à des patients dont l'état local et général est déjà médiocre avant l'opération.

Parmi nos observations, pour le cas n° 1, le décès eut lieu en salle d'opération. Pour le cas n° 21, le décès eut lieu deux mois après l'intervention dans un tableau d'infection et de cachexie. Pour le cas n° 23 il eut lieu un mois après la D.P.C., des suites d'une hémorragie.

Comparée aux cures radicales et palliatives, l'exérèse à minima serait idéale, sans la possibilité de récurrence et de métastase.

B. - A long terme :

En effet, elle est moins efficace. A vec un recul de trois ans, le taux de survie pour la D.P.C. est de 45 %, alors qu'il est seulement de 20 % pour la papilloduodénectomie, selon P. Vayre et Hureau.

Mais, pour la D.P.C. elle-même, le taux de survie à cinq ans ne dépasse pas 50 % dans les statistiques que nous avons consultées. Il oscille entre 18 % (Morris et collaborateurs) et 40 % (Warren et collaborateurs). Pour Monge J.J. et Dockerty, en 1964, le taux est de 34,8 %. C'est dire que le pronostic demeure sombre.

Les causes de décès sont variables. Il existe d'une part les complications de l'opération elle-même et d'autre part les complications inhérentes à la nature tumo-

raie et maligne de l'affection.

COMPLICATIONS DE L'OPERATION.

Il y a, avant tout, la débilitation prolongée, aggravée ou créée par l'intervention. En général, ce sont des troubles bionutritionnels et infectieux.

Le diabète est une complication dont la fréquence est de 22/192 cas dans la statistique de Warren. Il a été rencontré chez un de nos malades (dossier n° 22). Il a d'ailleurs été transitoire.

Des cas d'entérocolite ont été également signalés. Nos malades n'en ont pas présenté.

Miallaret, Brisson, Edelmann ont décrit un syndrome fait de diarrhée avec dans les selles une quantité importante de graisses non ingérées, d'épanchement de séreuse correspondant biologiquement à une protidémie anormalement basse, une hypocholestérolémie et une hypokaliémie. Six des 23 patients qui ont une D.P.C. ont présenté ce syndrome sous une forme plus ou moins complète.

L'amaigrissement,

l'anorexie,

le ballonnement abdominal,

la pesanteur épigastrique,

l'hypoprotidémie sont les troubles les plus souvent mentionnés. Ce syndrome serait imputable à l'insuffisance du pancréas exocrine qui d'ailleurs peut exister avant l'opération. (Cf. partie anatomo-pathologique, page 52).

Comme autre complication, la fistule biliaire est assez fréquente. Un seul de nos malades en a présenté. La fistule a été rapidement guérie.

Avec un recul de deux ans - ce qui est insuffisant il est vrai - seuls deux des opérés de notre série paraissent actuellement bien portants. D'une manière générale, l'état des opérés laisse beaucoup à désirer.

- COMPLICATIONS DUES A LA NATURE CANCEREUSE.

On admet actuellement comme critère de guérison, la constatation de l'absence de métastase ou de récurrence sur une longue période d'observation (dix ans et plus) après D.P.C.

Si l'évolution de cette affection n'a pu, jusqu'à présent, être prédite à partir des données histologiques, il convient de rappeler qu'une estimation peut être établie à partir de l'atteinte ganglionnaire (stade 4) quelque soit le territoire concerné. Dans ce cas, le pronostic est réservé, non pas en considération de l'ampullome vaterien pris isolément, mais surtout en tenant compte de l'évolution des cancers en général, puisque des cas de survie de plus de cinq ans sont signalés chez des opérés d'ampullome vaterien qui avaient présenté des métastases aux ganglions régionaux et des formes histologiques de haut degré de malignité (Mongé J.J. Judd) (V. tableaux, 16, 17).

Tableau 14 :

	D.P.C.		Exérèse à minima	traitement palliatif	TOTAL
	1 Temps	2 temps			
Mauvais état général	3	3	-	-	6
Récidives	-	-	1	1	2
Métastases	2	4	-	1	7
Décès post-opératoire	1	-	-	3	4
Bien portants	2	-	-	-	2
TOTAL	8	7	1	5	21

Répartition des malades selon les opérations. Etat des opérés (délai - 3ans)

En outre, le pronostic a été également envisagé en fonction de la taille des tumeurs.. Mathis écrit "qu'il n'y a aucun rapport entre l'exiguité d'une tumeur et sa bénignité". "On s'attend, écrivent de leur côté Milton et ses collaborateurs, à ce que les tumeurs de petite taille soient de pronostic moins sombre.

Cela est vrai en général, mais il arrive qu'elles soient plus méchantes que les grosses et que certaines tumeurs volumineuses puissent être guéries."

Miller et Dockerty constatent que dans le cas du cancer du pancréas, le pronostic est d'autant plus mauvais que la tumeur est volumineuse, alors que c'est l'inverse dans le cancer de la papille.

Tableau n° 15 : Répartition des malades selon les opérations.

Traitement palliatif :	Nombre	Âge	N° des dossiers
pour atteinte des ganglions le long de la mésent. sup.	2	40 ans 59 ans	2 15
pour infiltration massive loco-régionale	2	27 ans 63 ans	1 21
Grand âge	1	82 ans	3
TOTAL	5		

Quoi qu'il en soit, quand les critères d'opérabilité sont réunis, la cure appliquée est dite "radicale. Elle a été indiquée 25 fois dans nos dossiers :

- . 23 fois sous forme de duodéno pancréatectomie céphalique,
- . 2 fois sous forme de papilloduodénectomie,

six malades sur les 23 de la première catégorie ont pu être suivis et ont présenté, en moins de trois ans, des signes évidents de métastases, tandis que des deux malades traités par une exérèse à minima, un a présenté une récurrence.

Les récurrences sont fréquentes dans les exérèses à minima, telles que Mayo l'a signalé dès 1901. Cette constatation constitue une charge importante contre cette intervention, bien que certains auteurs, comme L. Nason en particulier, aient obtenu des résultats durables par ce procédé.

QUANT aux métastases, elles sont observées au niveau :

- . du pancréas,

- du foie (dossiers n° 3, 9, 13),
- du péritoine (dossier n° 6),
- des reins, des poudons, de la vésicule,
- des ganglions du grêle, du foie, de l'estomac,
- des ganglions inguinaux (dossier n° 2), péribronchiques,
- de la peau (dossier n° 2).

Tableau n° 16 : Etat des opérés à moins de 3 ans de l'opération :

	Structure :			Inclassable	Total
	Papillaire	Glandulaire	Mixte		
Mauv. ét. gén.	1	2	3	-	6
Métastases	1	1	5	-	7
Récidives	1	1	-	-	2
Décès post. opr.	-	1	2	-	3
Bien portants	-	1	-	1	2
TOTAL	3	6	10	1	20

Noter : La moitié de la structure mixte a présenté une métastase, mais le petit nombre des malades dans notre série enlève toute valeur à cette constatation.

Tableau n° 17 : Etat des opérés à moins de trois ans de l'opération et ses relations avec le degré d'extension au moment du diagnostic opératoire. Les métastases se retrouvent dans toutes les catégories.

	Infiltration loco-régionale seule :	Tumeur localisée (1)	Tumeur localisée (1)	Tumeur localisée (2)
Mauv. ét. Gén.	4	-	-	-
Métastases	2	1	2	2
Récidives	-	-	-	-
Décès post. opér.	2	-	1	-
Bien portants	1	-	1	-
TOTAL	9	1	4	2

(1) présence d'adénopathie

(2) absence d'adénopathie

Il est remarquable que, dans nos observations, les métastases concernent exclusivement des patients de moins de 60 ans. Il a été effectué 12 duodéno pancréa- tectomies céphaliques chez ces patients âgés de 40 à 59 ans.

Quatre fois sur les sept cas de métastase, l'intervention fut faite en deux temps (tableau n° 18).

Tableau n° 18 : Etat des patients sur une période d'observation de 3 ans.

	Moins de 30 ans :	D é c a d e s :						
		4°	5°	6°	7°	8°	9°	TOTAL
Mauvais état gén.	-	1	-	4	1	-	-	6
Métastases	-	3/2	4/2	-	-	-	-	7/4(1)
Récidives	-	-	-	-	1	1	-	2
Décès post-opér.	1	-	-	2	-	-	-	3
Bien portants	-	-	-	2	-	-	-	2

(1) 4 ont subi une opération en deux temps.

On constate assez souvent que, quelques semaines après une dérivation préalable, la D.P.C. n'est plus possible, à causd de l'extension du processus (dossier n° 15, 30). C'est pourquoi les auteurs allemands, comme Vosschute, A.W. Fischer, Spath et Kole, préconisent la C.P.C. en UN TEMPS. Denjoy recommande dans la mesure du possible, la même tactique pour les tumeurs bénignes dégénérées. Le déjàunissement préalable n'est souhaitable que lorsque l'index ictérique est de plus de 80 (Tashio et collaborateurs).

Récidives et métastases peuvent survenir à une date très éloignée de l'intervention. Mongé J.J. et ses collaborateurs citent un cas de récurrence 104 mois après une D.P.C. Dennis et Varcos ont observé un cas de métastase après 10 ans et 3 mois.

Mais la mort n'est pas toujours due à l'évolution de l'ampullome vaterien. Dans certains cas une autre tumeur maligne peut en être responsable. Baggenstross, cité par Denjoy, a trouvé une autre tumeur sur des organes lointains dans 36 % des cas de tumeurs de l'ampullome. Et il arrive que, à 2 ou 5 ans de distance, d'un traitement pour ampullome vaterien, on découvre une autre tumeur, par exemple :

- . un épithélioma du sein (cas de Bernard et Desbonnets) (1),
- . un épithélioma du colon (cas de Brunsch Wig) (1),
- . un épithélioma du col utérin (cas de Mazingarbe) (1),
- . une tumeur mélanique (cas de Siler et Zinniger) (1),

En fin de compte, le décès peut être de causes très diverses à partir d'un certain délai, 2 à 5 ans, par exemple :

- . mauvais état général,
- . affection intercurrente,
- . récurrence,
- . métastases,
- . cancer contemporain contigu ou non à l'ampullome vaterien, non détecté et non traité, ayant évolué plus tard.

Sans vérification systématique, il est impossible de faire la part de l'ampullome vaterien et de toutes autres causes.

En définitive la duodenopancréatectomie céphalique fait de l'opéré un grand infirme digestif. En plus, les risques de récurrence et de métastase ne sont pas définitivement conjurés.

D'autre part, l'exérèse réduite demeure une intervention acceptable à court terme, mais, plus que la cure élargie, elle expose aux récurrences.

L'ampullome vaterien tue, compte non tenu des particularités, 72 % des malades qui en sont porteurs (Liebert, Stewart et Lund). Ce taux est remarquablement voisin de celui du colon (Excerpta medica, July 1970).

CONCLUSION

C O N C L U S I O N .

Dans la pathogénie de l'ampullome vaterien existent un facteur mécanique et un facteur tumoral. Ils semblent déterminer deux symptomatologies et deux pronostics contingents, mais non superposables.

Parmi les conséquences directes de l'ampullome en temps qu'obstacle, l'ictère et la mauvaise nutrition sont les plus évidents. Les métastases et les récidives sont le fait de proliférations cellulaires de caractère malin.

Le pronostic qui dépend de l'élément mécanique, prend fin en principe après l'opération. L'élément tumoral, lui, domine toute la période qui suit l'intervention, les troubles créés par celle-ci mis à part.

La réalité de cette dualité se reflète mal dans la thérapeutique actuelle. Bien qu'elle agisse selon les règles de la carcinologie, la chirurgie, isolée, donne, en fin de compte, l'impression de ne s'adresser qu'à l'élément mécanique.

Pour le diagnostic de lésion et d'extension, la macroscopie et l'examen extemporané sont indispensables. Ils donnent les critères qui régissent le choix d'un traitement. Ce choix, d'ailleurs, s'avère parfois difficile, en particulier dans certains cas dits "limites". Il faut noter que le résultat négatif d'un examen extemporané n'exclut pas la possibilité d'un processus malin.

Le chirurgien utilise habituellement quatre notions-repère :

- . état du patient,
- . localisation précise de la lésion,
- . degré d'extension loco-régionale,
- . présence ou absence de métastases.

Il en résulte que les contr'indications majeures de la duodéno pancréatectomie céphalique, de loin la meilleure intervention pour le moment, soient :

- . un état général très déficient,
- . une infiltration massive de la région,
- . une métastase constatée au delà de l'aire de résection.

Malgré les délais qui lui sont propres, l'étude histologique des pièces opératoires, n'est pas superflue. Elle est même nécessaire souvent pour avoir les éléments d'un pronostic à long terme, parfois pour poser l'indication d'une ré-intervention parce que le résultat aura montré l'insuffisance d'une première exérèse. Elle est surtout utile pour mieux connaître l'affection.

Ainsi, il semble acquis, maintenant :

- . que les sujets âgés sont prédisposés, à cause des modifications qui s'effectuent chez eux au niveau des structures épithéliales de l'ampoule ;
- . que l'ampullome vatérien est un cancer digestif à part entière, notamment sur le plan pronostique ;
- . que son évolution généralement lente, correspond à la grande maturation histologique, comme cela se voit dans les adénocarcinomes du colon.

Mais on remarque que, toutes proportions gardées, il reste très meurtrier à longue échéance.

Cependant quelques rares opérés jouissent d'assez longues survies, allant jusqu'à 10 ans et même davantage. Un fait est à souligner : ces survies ne paraissent pas l'apanage d'une décade, d'une forme macroscopique, d'une structure histologique donnée. Encore qu'il soient à l'heure actuelle à définir avec exactitude, les facteurs individuels semblent de toute première importance.

VU:

LE PRESIDENT

signé: L. BOCQUET

VU:

LE DOYEN

signé: J. BAUMANN

VU:

LE RECTEUR DE L ACADEMIE DE PARIS

signé: R. MALLET

D O S S I E R S

Abbréviations : R. CR. Op.. = Résumé du compte-rendu opératoire,
R. CR. M. = Résumé du compte-rendu macroscopique,
R. CR. Hist.= Résumé du compte-rendu histologique,
A.K. = Adéno-carcinome,
D.P.C. = Duodénopancréatectomie céphalique.

NOM : S... Eliane - Âge : 27 ans - sexe : féminin

Hospitalisation : 1.9.1960 - Service du professeur DEBRAY

Diagnostic d'admission : ictère par rétention (récidive après sphincterotomie).

Maladie actuelle :

Début brutal - ictère de type obstructif continu avec décoloration des selles et prurit. La malade accuse une douleur de l'hypochondre droit. Elle mentionne un amaigrissement de 5 kg, des accès de fièvre et des frissons pendant les semaines précédant l'admission.

Signes objectifs : vésicule palpable, grosse et rénitente. Hépatomégalie compression portant sur le bulbe duodénal et image compressive nette sur D2 à la duodénographie hypotomique, vésicule exclue à la biligraphie. Ailleurs rien à signaler.

Examens de laboratoire : bilirubénie : 32 0/00 mg. - GR 3.100.00 - V.S. accélérée - phosphatases alcalines : II unités B - hypoprotidémie - tests hépatiques de flocculation et enzymatique : dans les limites du normal.

Antécédents :

Lithiase non mentionnée. Souffre de l'hypocondre droit depuis l'âge de 17 ans.

Résumé du compte-rendu opératoire (Dr. ROUX - 27.9.1970)

Malade antérieurement opérée : sphincterotomie (date non précisée) : nombreuses adhérences sous hépatiques; cholédoque gros comme un pouce; tumeur de la tête du pancréas scléreuse, rétractile, dure; importantes adénopathies de la face postérieure de la tête pancréatique; adénopathie de la séreuse du mésentère; invasion : d'un ganglion prélevé au niveau de la racine du mésentère et d'un ganglion du pédicule hépatique. Adhérence de la tumeur à la veine cave inférieure; absence de métastases hépatiques; section du cholédoque; implantation cholédo-jugénale sur une anse montée en Y; etc...

Suites opératoires :

Décédée le 30 septembre 1970.

Résumé du compte-rendu nécropsique (Dr. C. MARCHE) :

"Tumeur bourgeonnante; hémorragie de la face interne du duodénum pénétrant dans la tête du pancréas; corps et queue du pancréas normaux; tête du pancréas : siège d'une nécrose hémorragique quasi totale; orifice vaterien complètement bloqué par un tissu blanchâtre parsemé d'hémorragie et correspondant à peu près au centre de la tumeur; ampoule distendue : 13 x 23 mm.; correspondance de la tumeur papillaire avec un nodule tumoral pancréatique sous-ampullaire de 1 cm de diamètre."

Ce sont les lésions essentielles.

Résumé du compte-rendu histologique : (Dr. Et. MARTIN).

Au total épithélioma papillaire végétant et tubulo alvéolaire de la région vaticienne dont la topographie est assez fortement en faveur d'un ampullome malin. Très intense pancréatite d'amont. Foie de cholestase avec lésions d'infarctus hémorragiques étendues; gastrite hémorragique et congestion organique diffuse.

OBSERVATION N°2

NOM : E... Jirina - Âge : 40 ans - sexe : féminin

Hospitalisation : 12.10.1966 - Service du Dr. TRICOT- Service du Dr. BONFILS.

Diagnostic à l'admission: Hépatomégalie importante avec fièvre et depuis 2 mois.

Maladie actuelle :

Début aigu avec fièvres et frissons, puis altération rapide de l'état général. Amaigrissement de 10 kg. Anémie à 2 millions; hépatomégalie. A noter : un ictère discret en septembre 1966; bilirubine à 33 mgO/00; phosphatases alcalines 40 unités Bod.; gros foie pâle à la laparoscopie; ponction biopsique du foie : sans signe en faveur d'une rétention biliaire; puis apparition d'une masse sous-hépatique évoluant quant une grosse vésicule et une autre masse plus interne et inférieure.

Antécédents :

Lithiase non mentionnée.

Diagnostic opératoire : tumeur duodénale ou de l'ampoule de vater.

Traitement : palliatif : anastomose cholédoco-duodénale plus gastroentérostomie - cholecostomie.

R. CR. Opératoire (Dr. BISMUTH - 7.12.1966) :

Foie énorme de couleur foncée avec un léger reflet verdâtre " sauf le léger reflet verdâtre, ce n'est pas un foie de rétention"; vésicule distendue; VBP distendue comme l'index tumeur intraduodénale de la taille d'une mandarine; absence de lésion du pancréas, de l'épiploon; absence de métastase du foie; cholargiographie par ponction vésiculaire : VBP dilatée mais portion terminale non injectée duodénotomie : volumineuses végétations en partie ulcérées de consistance inégale en certains endroits évoquant une tumeur villeuse ; deux ganglions envahis dans la partie haute de la racine du mésentère, d'où traitement palliatif.

Suites immédiates : sans incidents notables.

Suites éloignées : hospitalisation le 21.3.1967 pour masse de l'hypochondre gauche.

hospitalisation le 9.1.1968 pour nodule abdominal pariétale ; adénopathie

hospitalisation le 6.1969 -métastase certaine.

C. R. Histologique (le 29.12.1966) Dr Et. MARTIN : deux fragments

(a) fragment duodéal : végétations papillaires revêtues par une couche de grandes cellules cylindriques muqueuses de type sécrétantes; noyau régulier en position basale, aucun critère structural ou cytologique de malignité.

(b) nodule prélevé en dehors du duodénum; fait de tissu conjonctif scléreux, sans tissu lymphoïde, infiltré de cavités glandulaires plus ou moins fragmentaires; revêtement constitué par grandes cellules régulières hypersecrétantes "la constitution de ce nodule en dehors de la paroi abdominale, permet d'affirmer qu'il s'agit d'une prolifération authentiquement néoplasique malgré la régularité et que cet épithélioma a vraisemblablement un point de départ vatérien.

C.R. histologique (1968) Dr. Agn. L. BOCQUET :

Métastases ganglionnaires et certaines d'un AK muco-secrétant d'origine digestive dont le point de départ est difficile à affirmer, l'origine vatérienne précédemment évoquée restant défendable.

C.R. histologique (1969) Dr. Et. MARTIN

Nodule glandulaire mucipare dont la topographie et les caractères structuraux peuvent parfaitement cadrer avec la métastase d'un épithélioma digestif.

NOM : R... Jean-Marie - âge : 43 ans - sexe : masculin

Hospitalisation : 23.4.1963 - Service du Dr. HEPP

Diagnostic d'admission : Ampullome vaterien. En vue duodenopancrea-
tectomy.

Maladie actuelle :

Ampullome vaterien opéré le 7 mars 1963 à la suite d'un ictère prolongé à Nevers par le Dr. PIEL qui a fait une anastomose cholele-
cysto-jujénale sur anse en Y et une biopsie de la lésion qui confirme le diagnostic.

Antécédents : lithiase non mentionnée.

R. CR. Opératoire (le 26.4.1963) Dr. HEPP - Dr. MOREAUX.

A l'exploration on sent une toute petite lésion à travers la pa-
roi duodénale. Absence d'extension à distance, de diffusion péritoné-
ale, de métastases hépatiques. Les ganglions du pédicule hépatique et
de la région coeliaque paraissent inflammatoires - vésicule plate -
cholédoque modérément dilaté.

Technique Child.

Suites immédiates : sans incident notoire.

Suites éloignées :

Novembre 1964 : réhospitalisation pour : aggravation de l'état
général et ictère.

Diagnostic opératoire : RECIDIVE LOCALE avec métastases hépati-
ques.

Décès le 28.11.1964.

C.R.N. et H. (le 26.4.1963) Dr. Et. MARTIN

- Il existe une petite formation bourgeonnante de 15 mm. de dia-
mètre à 1 cm de la resection supérieure, puis, plus bas, un autre pe-
tit bourgeon (pièce de duodenectomy de 36 cm).

- Il s'agit d'un petit carcinome oddien très limité sans signe
de diffusion à distance ou ganglionnaire et accompagné par de petits
foyers de pancréatite régressive scléreuse.

OBSERVATION N° 4

NOM: A...FRANCOIS - âge 47 ans - sexe: masculin

HOSPITALISATION: 4.10.1961 -Service du Professeur C.DEBRAY.

DIAGNOSTIC D ADMISSION: hépatomégalie avec fièvre et frissons

HISTOIRE DE LA MALADIE:début aigu 4 mois avant l'admission par des fièvres et des frissons. Des douleurs de l'hypocondre droit mal définies sont accusées par le malade.Baisse de l'état général avec amaigrissement;hépatomégalie,asthénie.II n'y a pas d'ictère,de prurit,de décoloration de selles.Bilirubinémie à 13 0/00 mg.Gr 4.500. 60.Phosphatascs alcalines 30 unités Bodanski.Tests hépatiques de floculation et enzymatiques:dans les limites du normal. Absence d'hypoprotidémie.Duodénographie classique :rien à signaler.Biligraphie:vésicule exclue.Laparoscopie:grosse vésicule.

ANTECEDENTS :crises étiquetées colique hépatique,il y a 6 ans mais lithiasc non mentionnée. Gastrectomie.

R.CR.Opératoire:(31.10.1961)Pr. Marcel ROUX.

Exploration:grosse vésicule;Voie biliaire principale large comme le pouce.Induration de la tête du pancréas.R.B pression initiale à 15 cm puis à 40 cm:impregnation impossible du duodénum,absence du métastases.

OPERATION:

duodéno pancréatectomie céphalique (D.P.C.)

SUITES IMMÉDIATES: bonnes malgré une persistance d'une petite fistule biliaire (14.II.1961)

SUITES ÉLOIGNÉES :

(à deux ans de l'opération) Ballonnement abdominal,gargouillement,sensation de pesanteur.

CR.HISTO ET MACROSC. Dr E.MARTIN

- A la partie moyenne de la face intérieure du 2° duodénum,existence d'une tumeur végétante de 20mm de diamètre,hémorragique,de la région vaterienne,développée dans la partie supérieure de la papille.Voies biliaires et pancréatique dilatées.Mais le pancréas paraît normal.

- Il s'agit d'un adéno-carcinome tubulo-alvéolaire à cellules claires,cubiques ou cylindriques,muco-sécrétantes localisées à la partie distale de la voie excrétrice biliaire/ et dans l'ampoule de Vater,créant à la fois une obstruction cholécystienne et virsungienne avec pancréatite d'amont assez importante.

OBSERVATION N°5

NOM: G...JEANINE-âge 47 ans-SEXE féminin

HOSPITALISATION: 29.1.1968 -service du Dr HLEPP.

DIAGNOSTIC D ADMISSION: ictère obstructif

HISTOIRE DE LA MALADIE:ictère retentionnel opéré le 4 janvier 1968 à AMIENS (Dr GALLEZ)Cet ictère datait alors de 1 mois.A l'intervention,on trouve un gros foie vert,une grosse vésicule tendue et un énorme cholédoque.L'obstacle est une tumeur de la tête du pancréas de la taille d'une grosse noix.R.B:arrêt irrégulier transversal dans la partie basse du cholédoque. Le chirurgien renonce à l'exérèse,met simplement un gros g drain de Khor.Ictère ne diminue que très lentement.A son arrivée à BICHAT,la malade est très fatiguée et encore jaune.La ré-intervention est retardée par un épisode fébrile qui ne paraît pas d'origine biliaire.Pas d'artériographie.NOTA BENE:le début serait progressif.

ANTECEDENTS: lithiasc non mentionnée.

DIAGNOSTIC OPERATOIRE :tumeur de la tête du pancréas.

TRAITEMENT: D.P.C. + cholécystectomie.

R.CR.OPER.:(27.2.1968) Dr.MOREAUX

Exploration:foie modérément augmenté de volume,couleur normale,sans métastase palpable. Au niveau du pancréas,on sent une tumeur proche du duodénum.Absence de dissémination péritonéale.Envahissement partiel au niveau d'un ganglion retro pancréatique.Noter:"multitude de ganglions dans toutes les chaînes.

Technique de CHILD, etc...

SUITES IMMEDIATES: bonnes

SUITES ELOIGNEES: malade perdue de vue

C.R. MACROS et HIST. Dr E. MERLIN

Macro: pièce de duodenopancréatectomie présentant une petite ulcération nécrotique de la zone ampullaire. Pancréas: pas d'aspect tumoral flagrant. Aspect de tumeur blanchâtre homogène d'environ 20 mm entourant le bas cholédoque. Vésicule longue de 30 mm à parois épaisses et à contenu hémorragique.

Histo: adénocarcinome papillaire végétant et tubulo alvéolaire du carrefour oddien plus que du pancréas sans signe flagrant de diffusion ganglionnaire sur le fragment réséqué et accompagné par une discrète pancréatite scléreuse interlobaire et d'une péri cholécystite scléreuse et oedémateuse récente.

OBSERVATION n°6

NOM: F... PETER âge 48 ans - sexe : masculin

HOSPITALISATION: 29.4.1967

DIAGNOSTIC D ADMISSION: ampullome vaterien

HISTOIRE DE LA MALADIE: deux mois avant la sphinctérotomie (1.3.1967) début progressif PAR UN ictère et des accès de fièvre. Absence de douleur. Amaigrissement de 17 kg en 3 semaines. Prurit. Sphinctérotomie.

A l'admission: on ne note pas d'hépatomégalie ni de grosse vésicule. Phosphatases alcalines 4,5 unités Bodanski. Bilirubine 80/100 mg. Tests hépatiques dans les limites du normal. Absence d'anémie reprise de poids de 10 kg et déjaunissement important.

ANTECEDENTS: inconnus

TRAITEMENTS: Sphinctérotomie le 1.3.1967 en 1^o temps
D.P.C. le 28.5.1967 en 2^o temps

SUITES IMMEDIATES: 2^o opération: atelectasie pulmonaire suivie de guérison.

SUITES ELOIGNEES: 7 mois après, métastases péritonéale et intestinale.

C.R. MACROS ET HIST. DR. E. MERLIN

Au niveau de l'ampoule: une petite lésion de 10mm de diamètre, végétante et ulcérée correspondant à une prolifération tumorale blanchâtre située autour du cholédoque et s'étendant 1 cm plus haut. Pas de sténose du wirsung. Pancréas normal.

Sur la muqueuse duodénale: une petite tumeur végétante située au bord de la papille ayant 15 cm de haut.

Sur tous les prélèvements, on retrouve sur toute la zone ampullaire, un foyer tumoral constitué par une prolifération assez polymorphe faite de cellules tantôt cubiques tantôt arrondies qui sont agencées soit en végétations, soit en cavités tubulo alvéolaires, soit en travées plus ou moins compactes à structure même paramalpighienne. Cette infiltration atteint la paroi duodénale. Il existe une pénétration jusqu'au contact du pancréas et dans la lumière du bas cholédoque, des végétations papillaires imbriquées avec une formation néoplasique de la muqueuse. Il existe fort peu de diffusion locale mais les ganglions de la région sont massivement infiltrés.

OBSERVATION n° 7

NOM: C... MARCEL âge 49 ans - sexe : masculin

ADMISSION: le 5.10.1961 - service du DR HEPP

DIAGNOSTIC: ictère obstructif

HISTOIRE DE LA MALADIE: ictère d'installation insidieuse depuis trois semaines. Amaigrissement de 7 kg. Selles décolorées, prurit, foie débordant le grill costal de 2 à 3 cm. Grosse vésicule palpable. Pas de diarrhée. Anélasémie 70 unit. Sm. Choléstérolémie 4 g/l lipides 22mg/l. Protidémie 69 g/l. Transaminases SGPT 70 un. SGOT 25,5 un. Temps de JICK: 65 % Urée 0,56-Phosphatases alcalines 2,5 un. Bod. Test Kunkel 85 un V. B&P 42 à 15 mn

et 62 % à 45 mm. Globules rouges : 4 millions. Globules blancs : 5.000
RADIO: bulbe mal injecté, cadre duodénal arrondi. LAPAROSCOPIE: foie de choléstase-grosse vésicule distendue-pas de métastase visible. L'obstacle cholédocien est sûr.

ANTECEDENTS: lithiases non mentionnée

TRATTEMENT: D.P.C. le 10.10.1961 par le Dr. HEPP

R.C.O.P.: Exploration: absence de métastase hépatique et péritonéale. La lésion est macroscopiquement au niveau de la tête pancréatique; elle se développe dans la portion terminale du cholédoque non loin de la papille.

C.R. MACROS. ET HIST. (Dr. E. MARTIN)

Sur deux des cinq prélèvements, à proximité de la région vaticienne, on trouve un foyer de prolifération d'environ 15 mm de diamètre centré, semble-t-il par la terminaison du cholédoque. Il s'agit d'une prolifération de grandes cellules cubiques ou cylindriques très claires à disposition tantôt cordonale, tantôt tubulo-alvéolaires, certains des cytoplasmes sont remplacés par une boule de mucus.

La lumière de l'ampoule et probablement les derniers mm du cholédoque est partiellement comblée par une prolifération de franges muqueuses riches en anarchies nucléaires. Il existe des aspects d'envahissement de filets nerveux.

Au point de vue topographique, la prolifération pénètre presque dans la sous-muqueuse duodénale; elle infiltre le tissu adipeux peri-pancréatique. Le pancréas est le siège d'une discrète sclérose inter-lobulaire sans aucune dilatation canaliculaire franche.

Il s'agit d'un carcinome glandulaire tubulo alvéolaire à cellules claires qui par ses caractères structuraux et topographiques est en faveur d'un carcinome ampullaire.

OBSERVATION N°8

Ch: M... LUCIEN - âge 50 ans - sexe : masculin

HOSPITALISATION: le 8.12.1969 - service de Dr. HEPP

DIAGNOSTIC D'ADMISSION: angiocholite urémigène et obstacle sur Voie biliaire principale.

HISTOIRE DE LA MALADIE: apparition 6 mois après une cholecystectomie (juin 1969) d'un ictère accompagné de douleur, de fièvre et de frissons. Transaminases à 250. Pas d'hépatomégalie. Traitement aux corticoïdes sur suspicion d'hépatite transfusionnelle. Arrêt de ce traitement à cause de douleurs épigastriques. RADIO: image d'empreinte sur la partie inférieure de D2. Hospitalisation à Saint Antoine avec un ictère intense, (bilirubinémie à 228 mg/l et un état d'obnubilation. Avant cette hospitalisation: hémorragie digestive basse et anémie à 1.700.000 Gr, Gb à 25.000 - Urée à 2,85 g/l. Un deuxième examen radiologique confirme l'image des précédents clichés. Transfert à BECKMANN pour son insuffisance rénale où il est pratiqué une épuration extra-rénale. La température remonte à 39. L'ictère est très foncé (>60 mg) Phosphatases alcalines à 54 unités B.

ANTECEDENTS: lithiases vésiculaires mais l'exploration de la voie biliaire principale n'a pas montré de calcul. (lors de la cholecystectomie)

DIAGNOSTIC OPERATOIRE: angiocholite urémigène. Ampullome vaticien.

INTERVENTION: en deux temps

1^{er} temps: (Dr. BISHUTH): anastomose cholédoco-duodénale.

Exploration: foie augmenté de volume, decouleur vert. Région sous hépatique, siège d'un important foyer inflammatoire. VDP dilatée et plus grosse qu'un pouce avec paroi épaisse, oedémateuse. On ne sent pas de calcul. A.B: sans image de lithiase, passage duodénal nul - Cathotérisation et biopsie au niveau de l'ampoule: carcinome envahissant - extension ganglionnaire loco régionale macroscopiquement inexistante. Foie: taches blanchâtres, s'agit-il de métastases ou d'abcès angiocholitiqes.

SUITES LEÉDILLES: séjour à l'hôpital BECKMANN en vue d'une nouvelle épuration extra-rénale 2^o temps: D.P.C. le 6.3.1970

C.R. MACROS ET HIST. (Dr. VISSUZAIN)

Le carcinome ampullaire présente tout des caractères infiltrants en profondeur et de

nombreuses anomalies cyto nucléaires confirmant sa malignité.

1° Etudes histologiques confirmant ces données: un végétant et infiltrant, tumeur végétante dont les axes papillaires sont revêtus d'éléments épithéliaux cylindriques basophiles très en atypie cyto-nucléaire avec un certain nombre de groupements infiltrants en profondeur.

2° BIOPSIE du foie: inges d'angiocholite suppurée.

OBSERVATION N° 9

NOM: D... ANDRE - âge 52 ans - sexe: masculin

HOSPITALISATION: 20.9.1966

DIAGNOSTIC d'admission:

AMPULLOME VATERIEN.

HISTOIRE DE LA MALADIE: début par un prurit 3 mois avant la première hospitalisation. L'ictère était modéré, la douleur inexistante. Il n'y avait pas d'hépatomégalie cliniquement détectable. Amaigrissement de 10 kg. 1° opération après laquelle, il y eut disparition du prurit, déjaunissement lent, reprise de 3 kg et retablisement notable de l'état général.

ANTECEDENTS: non communiqués

TRAITEMENT: D.P.C. + CHOLECYSTECTOMIE le 24.9.1966 (Dr MOREAUX)

SUITES IMMEDIATES: très simples à part une atélctasie pulmonaire ayant rapidement regressé.

SUITES ELOIGNEES: rehospitalisation le 31.1.1969 pour crises douloureuses:

douleurs épigastriques profondes 6 mois auparavant;

douleurs de l'hypocondre droit un mois auparavant;

amaigrissement de 4 kg: par contre on ne note ni fièvre ni ictère.

SCINTIGRAPHIE HEPATIQUE: 18.2.1969: métastases hépatiques probables.

R.C.R. HIST. (DR E. MARTIN)

Il s'agit d'une tumeur de 5 mm de diamètre sur l'extrémité des lèvres de l'ampoule ou plus précisément sur l'éperon.

Le foyer néoplasique est une prolifération de cavités glandulaires bien différenciées à revêtement cylindrique basophile assez anarchique.

Diagnostic: petit A.K. différencié à structure lieberkühnienne strictement ampullaire sans diffusion pancréatique ou ganglionnaire.

OBSERVATION N° 10

NOM: G... WADYSLAWA - âge 54 ans - sexe féminin.

HOSPITALISATION: 18.12.1962 - Service du Dr C. PR C. DEBRAY

DIAGNOSTIC D'ADMISSION: ictère

HISTOIRE DE LA MALADIE: Il s'agit d'un ictère par rétention. Mais l'affection a débuté brutalement par une douleur épigastrique. L'ictère a été fluctuant et a même regressé la semaine qui précède l'hospitalisation. Sont notés: hépatomégalie, grosse vésicule palpable, accès d'angiocholites, amaigrissement de 20 kg en 2 mois, prurit, anémie légère. Phosphatases alcalines 19 un. B. Asthénie. Tests hépatiques sub-normaux. Bilirubinémie 30 mg/l - amylasémie 162 un Sm. Duodénographie classique et hypotonique: normale. Siliographie: vésicule non visible. Laparoscopie: grosse vésicule.

ANTECEDENTS: absence de lithiase

DIAGNOSTIC OPERATOIRE: ampullome vaterien

TRAITEMENT: D.P.C. + cholecystectomie

R.C.R. OPER. (8.1.1963) Dr MOREAUX

Exploration: foie très volumineux, foie de stase typique, vésicule augmentée de volume; cholédoque plus gros que le pouce; existence d'une petite tumeur comme un grain de raisin situé à la partie basse du cholédoque faisant saillie dans la lumière du duodénum; aspect franchement malin de cette tumeur vue après duodénotomie; aucune métastase décelable.

R. CR. MACROS ET HIST. : 15.1.1965 (Dr Mme MARCHE et Dr E. MARTIN)

1° vésicule de 10 cm; il existe des cavités intra-pariétales au niveau du fond; la plus grosse est de 1 cm et demi qui communique avec le ceps vésiculaire par un défilé étroit. Dans la région cervicale on trouve des dépôts nodulaires jaunâtres.

2° sur la pièce de resection, au niveau de l'ampoule de Vater: tumeur de la taille d'une grosse lentille qui se continue d'une part jusqu'à l'origine du cholédoque et qui d'autre part se continue sur le versant duodénal de la papille. Cette tumeur sténose électivement la partie terminale du bas cholédoque. Le tissu pancréatique périphérique a perdu sa structure normale et n'est pas très induré.

3° structure histologique au niveau de la papille: il s'agit d'une tumeur épithéliale de structure essentiellement biliaire étendue sur le versant duodénal supérieur de la papille, dont l'extension en profondeur atteint la couche musculaire externe.

4° lésions vésiculaires: adénomyomatose prédominant au niveau du fond et au niveau de la région cervicale, accompagnée de réactions granulomateuses de type histiocyto-xanthome

5° très intense pancréatite inflammatoire interstitielle important oedème.

6° ganglion sur le pédicule hépatique: métastase

SUITES IMMEDIATES: simples.

SUITES BIOLOGIQUES: douleur rachidienne à 3 mois avec hypercalciurie probablement cancéreuse. douleurs dorsales très vives en 1964 (ostéoporose dorsale vertébrale)

OBSERVATION N° II

NOM: T... LUCIENNE - âge 54 ans - sexe féminin

HOSPITALISATION: 22.2.1960

DIAGNOSTIC D'ADMISSION: ictère par rétention

HISTOIRE DE LA MALADIE apparition de 2 crises douloureuses dans l'hypocondre droit un mois avant, avec asthénie et amaigrissement. 15 jours après, ictère précédé d'un prurit, d'accès de fièvre (37,5-38,4) Traitement par le dexaméthasone. Mais l'ictère est toujours intense avec selles décolorées, urines toujours foncées. Gros foie. Vésicule grosse palpable. Anémie à 3.000.000. V.S. 22-50. Bilirubémie 180 mg/100. Duodénographie: image compressive sur la grande courbure prépylorique, discret signe de rabotage sur la partie supérieure et surtout dans la partie inférieure et la partie interne de D2. Laparoscopie: foie vert de stase et grosse vésicule.

ANTECEDENTS: typhoïde à 17 ans

R. CR. OP. (18.3.1960) Dr H. ROUX

EXPLORATION: vésicule volumineuse, distendue, de coloration blanchâtre. VBP énorme, large d'environ 3 cm. RnB: aucun passage duodénal à 50 (pression initiale 14). Importante dilatation des canaux biliaires intra-hépatiques: dilatations sacciformes. VBP se termine brusquement en bas par une image convez. L'image correspond tout à fait à celle d'une obstruction par compression néoplasique mais on ne trouve au niveau de la tête du pancréas qu'une palange indurée correspondant vraisemblablement à un néoplasme du segment inférieur du cholédoque. Il n'y a pas eu de biopsie pour des raisons topographiques.

TRAITEMENT: D.P.C. en UN TEMPS

SUITES IMMEDIATES: bonnes

SUITES BIOLOGIQUES: malade perdue de vue

R. CR. MACROS ET HIST. (30.3.1960) Pr LABOUILLE

Macros: duodénum normal; pancréas d'aspect normal; cholédoque gros, à paroi épaisse et ecchymotique. A l'ouverture du duodénum: tumeur brun rougeâtre à moitié encapuchonnée sur sa face supérieure par un repli duodénal; pas d'orifice extérieur décelable. Par dissection on trouve une tumeur développée dans l'ampoule au bord inférieur de celle-ci, aboutissant dans la zone sus terminale sous le capuchon de la muqueuse duodénale. Tumeur arrondie (8 à 10 mm de diamètre) à structure glandulaire végétante; pas d'infiltration des struc-

tures voisines.

Histologie: le foyer tumoral (12 à 15 cm de diamètre) obstrue papille et partie basse du cholédoque et de l'ampoule. Il s'agit d'un épithélioma différencié fait d'un enchevêtrement de tubes et de franges bordées par des cellules tantôt franchement basophiles, tantôt plus claires. Le stroma réaction est peu abondante, scléro inflammatoire.

Diagnostic: épithélioma vatérien de type tubulo glandulaire partiellement mucipare.

Autres constatations: distension du cholédoque en amont, virsung normal, quelques lobules du pancréas au niveau du cholédoque sont remaniés et subissent une involution avec dédifférenciation? les ganglions de la région sont indemnes.

OBSERVATION N° 13

NOM: J... LETITIAN - âge (-56 ans) - sexe : féminin

HOSPITALISATION : 14.02.1966

DIAGNOSTIC D ADMISSION: ictère par rétention au long cours

HISTOIRE DE LA MALADIE: ictère par rétention au long cours. Début progressif il y a 4 mois par une asthénie, un amaigrissement, et un prurit généralisé. L'ictère commença en novembre 1965, typiquement néoplasique. Actuellement, ictère intense, apyrétique, indolore, amaigrissement de 17 kg. Très gros foie. Laparoscopie: foie vert et grosse vésicule.

ANTECEDENTS: non lithiasiques

R.C.R. OP: 28.02.1966 Dr MOREAUX

Exploration: foie énorme, rétentionnel. Vésicule distendue. VBP distendue. Tumeur de la taille d'une olive située en arrière de la tête du pancréas. Pancréas normal. Adénopathie inflammatoire.

TRAITEMENT: D.P.C. en un temps

SUITES IMMEDIATES : bonnes

SUITES ELOIGNEES: à 6 mois d'intervalle

Suspicion de métastase hépatique (scintigraphie)

Cytologie de liquide d'ascite: classe 5

R. CR. MACROS ET HIST.: Dr Mme MARCHÉ

H.-Papille normale-cholédoque sténosé sur ces deux derniers cm. A ce niveau, infiltration tumorale de la partie de la partie postérieure du pancréas transformée en un tissu blanchâtre dur, non homogène, dont le centre est nécrosé. La prolifération atteint la paroi duodénale.

H.-Épithélioma de structure glandulaire et papillaire de la région vatérienne remaniée par une structure réactive, suppurée et inflammatoire

OBSERVATION N° 14

NOM: C.... THERESE - âge 56 ans - sexe : féminin

HOSPITALISATION: 8.09.1970 - service du Dr MOREAUX

DIAGNOSTIC D ADMISSION: ictère

HISTOIRE DE LA MALADIE: ictère apparu le 7.7.1970, continu, progressif, précédé de diarrhée grasseuse. Prurit intense. Grosse vésicule palpable. Image anormale de D2 (ulcération?)

Tests hépatiques: SGOT 410 un. - SGPT 575 un. - Bilirubunémie: 198 0/00 mg. Amylasémie: 252 un. Smogii .

ANTECEDENTS : non lithiasiques

R.C.R. OP: 11.9.1970 Dr MOREAUX, Dr LECHAUX, Dr SAINT AMAND

Obstruction au niveau de la tête du pancréas où il existe, à sa partie supérieure une tumeur de la taille d'une noix qui ulcère le bord interne de D2 à sa partie haute. Donc tumeur localisée à la tête sans invasion des organes voisins. Pancréatite d'amont. Absence de diffusion ganglionnaire, de métastases péritonéales ou hépatiques. Gros foie. Grosse vési-

TRAITEMENT: D.P.C. en un temps.

SUITES IMMÉDIATES:

SUITES ÉLOIGNÉES :

le recul est insuffisant.

R.CR. MACROS ET HIST.: Dr E. MARTIN

H-large ulcération de 5 cm occupant tout le bord interne et supérieur de D2 et limité par un bourrelet. Cette lésion prédomine sur la face postérieure et laisse subsister 2 cm de muqueuse grêle. Le fond de l'ulcération est constitué par une tumeur qui, complètement, occupe les 3 derniers cm du cholédoque.

H-Il s'agit d'un carcinome à siège cholédocien et oddien, respectant la partie terminale de l'ampoule virsungienne autonome. Cet épithélioma est purement épidermoïde intermédiaire à la fois baso et spino cellulaire. Il obstrue totalement la terminaison du cholédoque et entraîne une sténose par compression du wirsung avec pancréatite scléreuse intense d'amont.

Il s'agit d'une forme particulière, rare d'épithélioma oddien. Les caractères topographiques peuvent parfaitement cadrer avec une tumeur primitive. Néanmoins, étant la rareté et la pureté de la différenciation malpighienne, on est autorisé à soulever le principe d'une recherche éventuelle d'un autre foyer primitif tel qu'un épithélioma de la région cervico vaginale

OBSERVATION N° 15

NOM: H...THEODOLUNDA -âge 59 ans sexe féminin

HOSPITALISATION: août 1970

DIAGNOSTIC D'ADMISSION: ampullome vaterien

HISTOIRE DE LA MALADIE:

8 mois auparavant: apparition de douleurs épigastriques continues irradiant parfois vers l'hypocondre droit. Il y a 3 mois apparition progressive d'un ictère avec décoloration des selles et prurit. L'ictère est sans rémission. D'où diagnostic d'ampullome vaterien et anastomose cholécysto-dudénale en raison du mauvais état général. A l'exploration: absence de métastase hépatique et ganglionnaire. Tumeur d'une taille de grosse cerise. Transfert alors que l'état général s'améliore : bilirubine 7 0/00 mg-phosphatases alcalines : 6 un. B.-Artériographie normale

ANTECEDENTS: aucune notion de lithiase.

R. CR. de la 2° opération .Dr BISUTH, Dr DERILUX

Exploration: dans la région de l'ampoule on palpe une tumeur de la taille d'une prune se développant dans le duodénum, adénopathie retro pancréatique. Métastase hépatique : néant. Ganglions néoplasiques: à la racine de l'artère mésentérique supérieure et à la face latérale gauche de l'aorte.

TRAITEMENT: dérivation digestive complémentaire: gastro-enterostomie trans mésentérique iso péristaltique en un plan.

SUITES IMMÉDIATES: bonnes

SUITES ÉLOIGNÉES : recul insuffisant

R.CR. MACROS ET HIST. Dr VISSUZALME

H- : fragment péritonéal, siège d'une inflammation de type granulomateuse développée au contact d'un fil (débris), sans aucun groupement cellulaire atypique associé. Ganglions mésentériques supérieurs: métastase ganglionnaire d'un adenocarcinome de type tubulo excréteur et digestif.

Ganglions préaortiques: même remarque.

mais la biopsie n'a pas intéressé l'ampoule.

OBSERVATION N ° 16

OM: M...ROBERT -âge 59 ans - sexe masculin

HOSPITALISATION/ 30.12.1969 -service du Dr HEPP

AGNOSTIC D ADMISSION: douleurs épigastriques et mauvais état général

ISTOIRE DE LA MALADIE: Début progressif et remontant à 1954 avec des douleurs épigastriques d'allure ulcéreuse pour lesquelles les clichés radiologiques n'ont donné aucune image de lésion. Depuis juin 1969, les douleurs sont plus rares mais plus violentes; puis en fin novembre 1969, elles s'accompagnent d'eructations et de vomissements. Altération de l'état général, asthénie, amaigrissement de 10 kg en 2 mois - 1° transit gastro duodénal le 27.10.69 petite image lacunaire de D2-2° transit le 27.12.1969: image nette de sténose avec sténose relative. Examen de laboratoire: Hématocrite à 30 p. GR 3.7 00.000 - V.S. /40-80. Phosphatases alcalines 22 unités B. Anylasémie 412 un. Smogii. Tests hépatiques: légèrement perturbés

PRECEDENTS: absence de lithiase vésiculaire ou biliaire dans l'anamnèse

CR OP: 15.1.1970 .Dr MOREAUX, Dr DERLEUX

Exploration: la lésion siège au niveau de la partie moyenne du duodénum qui est retractoré avec un envahissement de la paroi et même de la racine du méso-colon transverse. Foie normal sans métastase. Vésicule un peu distendue - VBP élargie. Il y a plusieurs ganglions autour de la tête du pancréas: ils ne paraissent pas envahis.

TRAITEMENT: D.P.C. plus cholécystectomie

CR. MACROS ET HIST. Dr E. MARTIN

A 5 cm du pylore, au niveau de la zone oddienne, existence d'une vaste ulcération circulaire de près de 3 cm de haut, limitée par un bourrelet plus ou moins saillant avec une zone végétante d'allure polypoïde qui est située au niveau de la terminaison du cholédoque. Celui-ci est dilaté dans sa partie haute et presque totalement sténosée à sa portion basse. Ailleurs, à S.

adénocarcinome lieberkühnien: ulcéré végétant et infiltrant, déjà au stade 4 et qui par ses caractères topographiques, cadre plus avec un authentique carcinome duodénal primitif qu'avec une tumeur oddienne vraie. Ce carcinome entraîne simplement une compression du bas cholédoque, mais sans envahissement direct.

ITES IMMEDIATES: bonnes

ITES ELOIGNEES: recul insuffisant

OBSERVATION N ° 17

OM: M...GILBERT âge 60 ans - sexe masculin

HOSPITALISATION: 20.12.1968 - service du Dr MOREAUX

AGNOSTIC D ADMISSION: ictère à répétition

ISTOIRE DE LA MALADIE: Début progressif. Ictère à répétition dont le premier remonte à mai 1967. Clichés gastro-duodénaux. Laparoscopie: foie vert et grosse vésicule. Altération de l'état général. Augmentation de la V.S.. Amaigrissement. Absence de douleur. Bilirubinémie 13 0/00 mg

PRECEDENTS: lithiase non mentionnée

CR. OP: Dr MOREAUX

Exploration: petite tumeur de la taille d'une noisette saillante dans le deuxième duodénum, de consistance molle. En arrière du pancréas et remontant le pédicule hépatique: plusieurs ganglions dont les inférieurs indurés paraissent envahis. Absence de métastase hépatique ou péritonéale. Autres chaînes ganglionnaires indemnes. Cholédoque très distendu. Pancréas non induré - diamètre de 2 à 3 cm de diamètre.

TRAITEMENT: D.P.C. plus Cholécystectomie

ITES IMMEDIATES: bonnes

ITES ELOIGNEES: le 20.7.1970 état satisfaisant

CR. MACROS. ET HIST. DR. E. MARTIN

Vésicule à paroi b. lanchâtre et scléreuse sans lithiase. Duodénum: petite tumeur g. végétante 20 mm de diamètre, 10 mm d'épaisseur centrée par l'orifice oddien - Pas de dilatation majeure

du Wirsung. Quelques ganglions dans la zone para duodénale.

H-La tumeur est constituée par une prolifération de petites cellules polygonales claires à cytoplasme granuleux et à petits noyaux centraux à chromatine pulvérulente. Ces éléments sont en cordons plus ou moins épais autour desquels il existe une disposition palissadique des cellules situées au contact d'un stroma conjonctivo-vasculaire abondant, les cordons sont intriqués en d'autres territoires avec des ébauches de cavités alvéolaires ou avec des petites végétations papillaires. En certain territoire, il existe une disposition rubannée ou réticulée avec présence d'un lacis vasculaire très différencié. Topographie: essentiellement oddienne et intra duodénale. Infiltration de toute l'épaisseur musculaire pénétrant en plusieurs points dans le pancréas avoisinant où l'on retrouve des aspects d'engainement de vaisseaux et des métastases ganglionnaires par contiguité. Le Wirsung sous-jacent est considérablement dilaté et bordé par un épithélium atrophique reposant sur une paroi épaisse et scléreuse légèrement inflammatoire. Ganglions situés à proximité du duodénum envahis. Vésicule à paroi épaisse plus une petite lithiase enclavée au niveau du col. Conclusion: Il s'agit donc d'un aspect typique de CARCINOME de siège oddien, malin avec importante diffusion ganglionnaire Multiple.

OBSERVATION N° 18

N OM: B BACHIR -âge 61 ans -sexe : masculin

HOSPITALISATION: le 3.8.1967 -service du Dr MEPP

DIAGNOSTIC D ADMISSION: ictère avec hépatomégalie

HISTOIRE DE LA MALADIE: début brusque au mois d'août par un ictère sans aucun signe d'accompagnement. Hépatomégalie. Les tests fonctionnels hépatiques sont en faveur d'une choléstase. Laparoscopie: foie brun avec une surface nœudée. Duodénographie hypotonique: image évoquant un ampullome vaterien - Absence d'une anomalie à l'artériographie.

ANTECEDENTS: lithiase vésiculaire et biliaire non mentionnée

R. CR. OP: 8.8. 1967 Dr BISMUTH

Exploration: foie volumineux à surface irrégulière. Il n'est pas vert. Vésicule biliaire distendue. Rate augmentée de volume. Absence d'ascite, de carcinose péritonéale, de métastase hépatique. Au genu inferius du duodénum: tumeur de volume d'une noisette, dure mobile évoquant une tumeur de l'ampoule de Vater. Pancréas normal. VBP dilatée. Cholangiographie par ponction de la vésicule: arrêt net au niveau de l'ampoule.

TRAITEMENT: P.C. plus cholécystectomie.

SUITES IMMÉDIATES: assez bonnes

SUITES ÉLOIGNÉES: 1969 malade maigre, abdomen normal

R. CR. MACROS ET HIST. : 19.8.1968 Pr L. BOQUET

H-Tumeur ulcérée faisant saillie dans le deuxième au niveau de l'orifice du Wirsung qui est cathétérisable.

H-Formation tumorale développée essentiellement dans la lumière duodénale. Elle s'infiltré dans l'orifice du Wirsung puis détermine au niveau de la tête du pancréas un petit nodule à limites imprécises. Prolifération tumorale constituée essentiellement par des végétations papillaires irrégulières et partiellement nécrosées. Les éléments cellulaires sont généralement de type cylindrique de hauteur variable gardant souvent un caractère muco sécrétant. Certaines régions présentent une activité muco sécrétante importante réalisant un type colloïde muqueux. CONCLUSION: Adénocarcinome de l'ampoule de Vater de type partiellement mucoïde. Point de départ probable entéropapillaire. Extension péri-duodénale. Pas de dissémination métastatique ganglionnaire

OBSERVATION N° 19

NOM: K... ANTOINETTE - Âge 61 ans - sexe féminin

HOSPITALISATION: le 24.7.1962

DIAGNOSTIC D'ADMISSION: ampullome vaterien

HISTOIRE DE LA MALADIE: ictère récidivant dont l'allure est plutôt néoplasique. V.S. augmentée. Cependant, l'hypothèse d'une obstruction de nature bénigne ne peut être éliminée. Début serait progressif.

ANTECEDENTS: lithiase non mentionnée.

R.C.R. OP:

Exploration: foie apparemment normal, sans métastase. Grosse vésicule. Petite tumeur située dans le pancréas, près du bord interne du D2. Saillie dans le duodénum. Diffusion ganglionnaire peu importante. Un seul découvert ganglion découvert le long du canal cystique.

Exploration radiologique: V.B.P. dilatée. Arrêt irrégulier intra pancréatique de la V.B.P.

TRAITEMENT: D.P.C. plus une cholécystectomie

SUITES IMMÉDIATES: bonnes

SUITES ÉLOIGNÉES:

à 1 an: hémorragie abondante: crise d'angicholite? Il a été difficile de faire une laparoscopie. Anémie-Confusion psychique d'où réadmission.

à 8 ans, vit encore, assez bon état général.

R.C.R. MACROS. ET HIST. Dr E. MARTIN

4-au niveau de l'ampoule de Vater, une ulcération en forme d'oreille, haute de 3 cm et large de 12 cm limitée par un bourrelet saillant légèrement villositéux et violacé ton sur ton.

La tumeur infiltre toute la zone ampullaire et forme un polype végétant dans la lumière du bas cholédoque. Un deuxième polype pédiculé parfaitement arrondi occupe une dilatation cystique du wirsung terminal.

3 ganglions simplement inflammatoires. Vésicule siège d'une endocholécystite inflammatoire. Adénocarcinome ampullaire à structure lieberkuhnienne et papillaire végétante

OBSERVATION N° 20

NOM: B... ANNA - Âge 62 ans - sexe féminin.

HOSPITALISATION: le 15.11.1967

DIAGNOSTIC D'ADMISSION: ictère et amaigrissement de 10 kg

HISTOIRE DE LA MALADIE:

Début progressif par un syndrome dyspeptique suivi d'un prurit intense 15 jours après l'ictère. Selles décolorées, urines foncées. Notion d'angicholite, de douleurs au niveau de l'hypochondre droit. Traitement par corticoides suivi d'une régression de l'ictère, du prurit, de l'hépatomégalie. Mais de nouveaux accès de fièvre. Foie augmenté de volume à nouveau. Grosse vésicule. Bilirubine à 39 0/00 mg. Phosphatases alcalines à 58 un. B.. Hypoalbuminémie à 29g V.S. à la première heure 74. Puis remission au moment de l'admission. RADIO: encoche au niveau du bulbe et image lacunaire irrégulière au niveau du genu inferius. Artériographie sélective: mésentérique supérieure et tronc coeliaque, n'a pas montré d'image évoquant une tumeur ampullaire, mais une artère hépatique anormale naissant de l'artère gastro-duodénale.

ANTECEDENTS: LITHIASÉ

vésiculaire et biliaire non mentionnée

R.C.R. OP. : 21.11.1967 Dr BISMUTH

Exploration: absence d'ascite. Gros foie à reflet verdâtre. Vésicule biliaire distendue. V.B.P. est large de plus de 3 cm de diamètre. Tumeur palpable au niveau du genu inferius, implantée sur la face interne du duodénum, peu mobile, ferme, non dure. Après duodénotomie la tumeur est visible sous forme d'une masse très végétante avec une zone déprimée en son centre évoquant la malignité (biopsie extemporanée montrant des atypies cellulaires mais ne pouvant affirmer la malignité). Pas de métastase hépatique. Les ganglions précaves et

et mésentériques supérieurs sont indemnes. Pas d' adénopathie coeliaque.

OPERATION: D.P.C plus cholecystectomie.

SUITES IMMÉDIATES: hématome pariétal

SUITES ÉLOIGNÉES / à 2 ans d'intervalle : éventration, absence d'ascite, absence de ganglion de troisièm, pas d' adénopathie inguinale , poids 50kg

R.C.R. MACROS ET HIST: (25.II.1967) Pr L. BOUQUET

M-tumeur végétante entourant l'ampoule de Vater de 4,5 cm sur la tranche de section. La prolifération tumorale donne une induration de 10 mm d'épaisseur dans laquelle se perdent les caractères musculaires. Le pancréas n'est pas induré. Vésicule sans lithiasc avec une muqueuse régulière.

M-Carcinome de l'ampoule de Vater, papillaire , végétant, infiltrant dont le développement est essentiellement duodénal. Les cellules sont cylindriques à différenciation variable mais très souvent de type muco secretant. Le retentissement pancréatique est nul mais on peut noter un kyste de l'origine du wirsung paraissant de nature dysplasique. Des métastases ganglionnaires n'ont été trouvées que dans les ganglions juxta duodéno-pancréatiques.

OBSERVATION N° 21

NOM : L... ELISE âge 63 sexe féminin

HOSPITALISATION : 26.8.1960

DIAGNOSTIC D ADMISSION: lithiasc vésiculaire

HISTOIRE DE LA MALADIE:

A souffert d'épigastrie survenant après les repas et par périodes de 10 à 15 jours depuis 1921. Fin 1956, crise douloureuse de l'hypocondre droit, sans fièvre , sans ictère, sans décoloration des solles, crises se répétant tous les deux mois. Juillet 1960, apparition de nouvelles crises de type coliques hépatiques: sans fièvre, sans ictère, sans vomissement. plus diabète léger équilibré par glucidorol. En 1956, diagnostic d'ulcère bulbaire et calculs vésiculaires avec vésicule exclue. En 1959, notion de précordialgie plus hernie hiatale. Moter également amaigrissement de 10 kg en 3 ans. Absence d'anémie. Tests hépatiques normaux mais le mode de début n'est pas précisé.

ANTECEDENTS : lithiasiques notoires

R. CR. OP : 30.8.1960 Dr de STAEKE, Dr PERIOD

- 1) Né de la vésicule avec deux calculs: un dans le collet et dans le fond
- 2) Adhérence de la vésicule avec le duodénum qui présente des nodules sur la paroi externe (adhérence néoplasique)
- 3) Une coulée néoplasique fixant le bloc duodénopancréatique à la veine porte

TRAITEMENT : opération palliative

SUITES IMMÉDIATES: décès le 30.10.1960

R.C.R. MACROS ET HIST. : Dr E. Martin

M- prélèvements du corps vésiculaire : musculuse amincie et doublée par une sous séreuse qui contient plusieurs foyers néoplsiques: il s'agit de proliférations faites de volumineuses cellules bazophiles cubiques à disposition cordonale et parfois alvéolaire.

La biopsie de la région ampullaire est entièrement envahie par une prolifération de même type. Il s'agit donc d'un épithélium probablement d'origine biliaire mais extra-vésiculaire les localisations ne pouvant être dues qu'à un envahissement par contiguité ou par métastases

OBSERVATION N° 22

NOM : F... MARIE LOUISE âge 64 ans sexe féminin

HOSPITALISATION: le 29.5.1967- service du Dr HEPF

DIAGNOSTIC D ADMISSION: ictère

HISTOIRE DE LA MALADIE: début progressif depuis un mois par un état fébrile permanent avec quelques clochers à 39 sans aucun trouble. fonctionnel: ...

Pas de frisson. On ne sent pas de grosse vésicule, mais le foie est augmenté de volume. Ictère discret: bilirubine 10 0/00 mg. Phosphatases alcalines 19 un. B. VS: 107 mm à la première heure. Hypoprotidémie. Les tests hépatiques sont perturbés. RADIO: lacune nette au niveau du bord interne de D2 et du genu inferius. Laparoscopie: foie pâle, vésicule biliaire distendue. Diagnostic: ampullome vatérien.

ANTECEDENTS : lithiase non mentionnée.

R. CR. OP. : 12.6.1967 Dr BISMUTH

Exploration: foie rose pâle avec des reflets verdâtres. Vésicule biliaire distendue. Tumeur grosse comme une prune, palpable à la face interne de D2. Pas de métastase hépatique. On sent pas d'adenopathie. Cholangiographie à la sélénium: seringue par la vésicule distendue des voies biliaires avec obstacles au niveau de la partie basse du cholédoque. Duodénotomie: tumeur sous forme d'un bourgeon à surface irrégulière

"en raison de l'incertitude de l'histologie extemporanée à ce niveau, on ne pratique pas de biopsie

TRAITEMENT : D.P.C.

SUITES IMMEDIATES : bonnes

SUITES ELOIGNEES : bon état général en 1969

R. CR. MACROS. ET HIST. DR E. MARTIN

M-petite tumeur végétante, haute de 15mm et de 15 mm de diamètre entraînant une sténose du bas cholédoque assez importante. VB P dilatée. Wirsung dilaté avec sténose distale.

M-Il s'agit d'un carcinome strictement ampullaire. Sténosant peu infiltrant, sans signe de diffusion ganglionnaire et à structure lieberkuhnienne monomorphe.

OBSERVATION N° 23

NOM: F... JACOB âge 64 ans sexe masculin

HOSPITALISATION: 14.4.1966

DIAGNOSTIC A L'ADMISSION : ictère par retention

HISTOIRE DE LA MALADIE:

Début progressif par un ictère accompagné par un prurit intense. Aucune altération de l'état général. Sauf amaigrissement. A l'examen: en plus de l'ictère, gros foie, il n'y a pas de grosse vésicule perceptible. On note : anémie légère: 4.500.000. Tests hépatiques légèrement perturbés.

ANTECEDENTS : lithiases non mentionnées

R. CR. OP. : 25.4.1966 Dr LOREAU

Exploration: foie énorme, vert foncé sans métastase. Vésicule distendue. VBP très grosse. Lésion ampullaire palpable et faisant saillie dans la lumière duodénale. Pancréas tumoral. Duodénotomie: on voit au niveau de la papille une petite ulcération qui saigne. La lésion est endo-papillaire. En écartant la lèvre de la papille, on la voit très friable. Examen histologique extemporané de Mr le Dr E. MARTIN: il s'agit d'une tumeur papillaire dont on ne peut affirmer la malignité. Aucune métastase, aucune adénopathie.

TRAITEMENT : duodénopancréatectomie céphalique

SUITES IMMEDIATES / D2C7S LE décès le 5.5.1966

R. CR. MACROS ET HIST.

M-tumeur ampullaire faisant saillie dans le duodénum (10 mm d'épaisseur et 30 mm de hauteur) Le bas cholédoque et le wirsung sont complètement obstrués par une tumeur papillaire située essentiellement sur l'éperon.

M- il s'agit d'un carcinome papillaire ampullaire, très différencié peu infiltrant, sans signe de diffusion extra-pancréatique et sans signe pancréatitique d'amont constitué.

OBSERVATION N°24

NOM: R... ROBERT âge 66 ans sexe masculin

HOSPITALISATION: le 25.6.1970

DIAGNOSTIC D ADMISSION: ictère par rétention

Histoire de la MALADIE:

Depuis un mois installation progressive d'un ictère avec douleur à l'hypocondre droit, accompagné de fièvre. Il existe un gros foie, un amaigrissement notable. Il n'y a pas de prurit. Phosphatases alcalines et bilirubinémie élevées modérément. Tests hépatiques dans les limites du normal.

ANTECEDENTS: lithiase non mentionnée

OPERATION: le 30.6.1970 D.P.C. plus cholécystectomie

SUITES IMMEDIATES: suppuration, hémorragie.

SUITES ELOIGNEES: recul insuffisant

R CR MACROS ET HIST. Dr VISSUZAIN

Histo-Il s'agit d'un ampullome vatérian ayant la morphologie d'un ad. végétant de type lieberkühnien, relativement peu infiltrant puis puisqu'il ne dépasse pas la sous muqueuse, mais qui peut être considéré comme au stade 4 étant donné la présence d'une métastase ganglionnaire.

Cholécystite subaigue chronique, ne présentant aucun signe de malignité.

OBSERVATION N° 25

N OM: C... MARIE LOUISE âge 68 ans sexe : féminin

DIAGNOSTIC D ADMISSION: syndrome de sténose pylorique avec altération de l'état général

HISTOIRE DE LA MALADIE

Malade passé au service du Pr DEBRAY pour syndrome de sténose duodénale avec intolérance quasi absolue et ictère. Cette malade avait été opérée en février 1966 pour un épisode ictérique: cholécystectomie et anastomose cholédoco-duodénale. A l'exploration, il y a eu grosse vésicule et VEP modérément distendue sans passage duodénal (R.B). Actuellement, ictère notablement diminué. Diagnostic: ampullome vatérian.

HOSPITALISATION: le .6.1968 - service du Pr DEBRAY C.

ANTECEDENTS: lithiase non mentionnée.

R.CR. OP: 2° opération DRISSERLIS (26.6.1968)

Exploration: foie normal sans métastase. Au carrefour bilio digestif: existence d'une sténose basse de D2, en virole se prolongeant vers la gauche dans la tête du pancréas. Ganglions inflammatoires

TRAITEMENT: D.P.C.

SUITES DE LA PREMIERE OPERATION:

- milieu 1967: asthénie, amaigrissement (45 kg) ni vomissement, ni anémie.

décembre 1967: douleurs post prandiales, vomissement sans aucun effort, asthénie, anorexie. amaigrissement.

- mai 1968: glycémie à 1,40 /litre.

SUITES IMMEDIATES DE LA DEUXIEME OPERATION: 29.6. 1968

Hémi-parésie droite avec aphasie.

SUITES ELOIGNEES: non connues

R.CR MACROS ET HIST: Dr VISSUZAIN

M-infiltration tumorale duodénale et pancréatique au niveau de la tête.

H-AK tubulocxcréteur à point de départ ampullaire, infiltrant la paroi duodénale adjacente et la zone proximale de la tête du pancréas

OBSERVATION N° 26

NOM: V... MARCEL âge 70 ans sexe masculin

HOSPITALISATION : 9.01.1967

DIAGNOSTIC D ADMISSION: Ictère par obstruction

HISTOIRE DE LA MALADIE:

Début brutal 2 jours auparavant par l'apparition d'un ictère de type retentionnel. Hépatomégalie et troubles digestifs de type flatulence, anorexie. Anémie légère: 3.400.000. Tests hépatiques anormaux, phosphatases alcalines élevées, bilirubinémie à 46 0/00 mg. Angiocholite, Radiographie: cadre duodénal normal.

ANTECEDENTS: lithiase non mentionnée.

TRAITEMENT:

1^o opération 20..1.1967 : papillectomie plus cholécotomie et cholecystectomie. Exploration: métastases nulles. Adénopathie nulle.

Réadmission le 19.4.1970 pour mauvais état général et subictère.

HISTOIRE DE LA MALADIE: 4 mois auparavant un épisode infectieux étiqueté GRIFFE. Amaigrissement de 13 kg. Glycémie de 2257 0/00 -subictère. Gros foie. Anémie à 4.050.000. Tests hépatiques perturbés. Phosphatases alcalines élevées.

2^o opération 21.4.1970: triple dérivation biliaire, gastrique et colique

Exploration: gros foie sans métastase. Tumeur très dure de la tête du pancréas.

SUITES IMMEDIATES : sorti le 10.5.1970

SUITES ELOIGNEES : 9.7.1970 stade terminal

diagnostic : récurrence au niveau de la tête du pancréas d'un AK de type oddien

R. CR MACROS ET HIST. DR E. MARTIN

H- intense cholecystite chronique scléreuse, inflammation subaiguë avec malformation du col
Il s'agit d'un AK tubulo-alvéolaire qui, par ses caractères structuraux et topographiques est en faveur d'une origine oddienne primitive. Les fragments pancréatiques prélevés dans la zone oddienne sont revêtus par des lambeaux de muqueuse duodénale, de morphologie subnormale, avec simplement un infiltrat inflammatoire.

OBSERVATION N° 27

NOM : D... GERMAINE âge 75 ans -sexe féminin

HOSPITALISATION : 20.4.1969

DIAGNOSTIC D ADMISSION: ictère retentionnel

HISTOIRE DE LA MALADIE: début brutal par apparition d'un ictère il y a 1 mois. Syndrome d'accompagnement: douleur, prurit, amaigrissement, anémie légère à 4.000.000. Tests hépatiques perturbés-phosphatases alcalines élevées-bilirubinémie à 106 0/00 mg

ANTECEDENTS: lithiases non mentionnées

TRAITEMENT : le 27.4.1969

Ampullectomie et cholécystectomie.

SUITES IMMEDIATES : simples

SUITES ELOIGNEES : recul insuffisant.

R. CR. MACROS ET HIST. : DR E. MARTIN

H-papille oddienne prélevée à : part: 20mm de largeur et 10 mm de diamètre

H-le corps vésiculaire est revêtu par une muqueuse à villosités assez courtes.

Les différents prélèvements ampullaires montrent un volumineux foyer tumoral constitué par une prolifération de cellules cubiques ou cylindriques polygonales basophiles assez riches en anarchie nucléaire. Agencement tantôt en végétations papillaires tantôt en cavités tubulo-alvéolaires tassées les unes contre les autres.

Conclusion: adénocarcinome végétant et infiltrant de la papille oddienne

1814

1815

1816

1817

1818

1819

1820

1821

1822

1823

1824

1825

1826

1827

1828

1829

1830

1831

1832

1833

1834

1835

1836

1837

1838

1839

1840

1841

1842

1843

OBSERVATION N°28

NOM: P... RENE age 71 ans -sexe masculin

HOSPITALISATION: 10.12.1968

DIAGNOSTIC D ADMISSION: ictère par rétention

HISTOIRE DE LA MALADIE:

début progressif il y a 6 mois par une asthénie, puis une apparition d'un ictère de type obstructif, accompagné d'hépatomégalie, d'amaigrissement de 4 kg, de troubles digestifs mais sans diarrhée ni selles graisseuses. L'examen de laboratoire révèle: des tests hépatiques perturbés, une amylasémie élevée, une bilirubinémie élevée, des phosphatases alcalines élevées. RADIO: cadre duodénal rigide et mal objectivé.

ANTECEDENTS: lithiase non mentionnée

R.C.R. OP: 13.12.1968

Exploration: métastases nulles

TRAITEMENT: D.P.C. en un temps

diagnostic: cancer du bas cholédoque.

SUITES IMMEDIATES: complications: brides étranglant la bouche de la gastro enterostomie.

SUITES ELOIGNEES: non connues

R.C.R. MACROS ET HIST. 13.12.1968 Dr E. MARTIN

1-petite ulcération à fond bourgeonnant, ovulaire, de 15 x 6 mm au niveau du duodénum
Cholédoque difficilement cathétérisable. Wirsung légèrement dilaté -aucune adénopathie macroscopiquement visible.

H_ il s'agit d'un volumineux adénocarcinome ulcéré et infiltrant qui par ses caractères topographiques peut être classé parmi le groupe de tumeurs oddiennes à développement essentiellement duodénal et n'entraînant qu'une sténose relative des voies excrétrices biliaires et pancréatiques.

OBSERVATION N° 29

NOM: M... VIRGILE âge 72 ans sexe: masculin

HOSPITALISATION: 12.10.1968 service du Pr C. DEBRAY

DIAGNOSTIC D ADMISSION: ampullome vaterien

HISTOIRE DE LA MALADIE: début aigu par douleur et pousée poussées d'angiocholite en novembre 1966 jusqu'en mars 1968: répétition des crises suivies d'ictères passagers. Intervention le 5.3.1968 par le Dr ELJIL. Exploration: vésicule distendue -tumeur au niveau de D2. Opération duodénectomie, cholécysto-duodénostomie, gastro-enterostomie postérieure. Examen histologique: épithélioma glandulaire de type alvéolo-trabéculaire. SUITES IMMEDIATES: poussée d'angiocholite, amaigrissement, éventration.

ANTECEDENTS: lithiase non mentionnée -hépatite à virus -crise de colique néphrétique.

R.C.R. OP: 15.10.1968 Dr MOREAUX

Exploration: gros foie non rétentionnel sans métastase. Volumineuse tumeur au niveau de la tête du pancréas. On n'a pas enlevé la tumeur au cours de la 1^{re} intervention. Prélèvement dans le péritoine postérieur, au niveau d'une zone extra-hépatique pour examen extemporané: invasion par un cancer glandulaire. Multiple adénopathie: du pédicule hépatique, de la région pré-aortique, le long des vaisseaux mésentériques. Certains ganglions paraissent très suspects. Vésicule flasque? VBP ayant plus de 50 mm de diamètre. A l'ouverture de la voie biliaire, on trouve un véritable empiérement de cette voie. Possibilité de calculs intra-hépatiques.

TRAITEMENT: D.P.C. plus cholécystectomie

SUITES IMMEDIATES: le 28.10.1968 occlusion du grêle.

SUITES ELOIGNEES: 25.3.1969 douleurs abdominales prédominant à droite. Anorexie. Episode diarrhéique. Ganglions inguinaux durs, bilatéraux, roulant sous les doigts. Examen de laboratoire: glycémie à 1 gr; amylasémie 75 un Sm; Protides totaux: 70 gr; Gr 4.060.000; Gb 7.400 ;
A noter: avant l'opération du 5.3.1968, il a été procédé à une biligraphie. Il y eut absence

totale d'injection de la voie biliaire. En outre, la duodénographie a montré une empreinte à convexité externe sur D2.

R.CR. MACROS. ET HIST. DR Madame MARCHÉ

A- la vésicule présente une muqueuse qui a un aspect fraise. Sur la pièce de pancréatectomie près de l'orifice duodénal de cholecysto-duodénostomie, on trouve une zone circonscrite qui surplombe immédiatement un bourgeon tumoral faisant saillie dans la paroi intérieure du D2 au niveau de l'ampoule de Vater. Diverticule du D2 au niveau des détroits. Sur coupe transversale, la prolifération tumorale englobe le cholédoque; le Wirsung est dilaté. Cette tumeur est végétante et ulcérée dans la lumière duodénale (Pr L. BOCQUET)

H-volumineux épithélioma : glandulaire différencié partiellement muco-sécrétant de structure trabéculaire et tubulaire. Cet épithélioma siège dans la tête pancréatique et s'accompagne de métastases vasculaires et nerveuses. Il semble que le point de départ siège au niveau de l'anastomose cholécysto-duodénale mais il est difficile de savoir si le point de départ est biliaire ou pancréatique. Le caractère des cellules et celui de l'agencement sont plutôt en faveur d'un point de départ pancréatique (cellules volumineuses, tantôt cubiques tantôt polyédriques, par pression réciproque. Elles ont un cytoplasme basophile ou clair muco sécrétant, les noyaux sont volumineux, inégaux, irréguliers et riches en mitoses.

OBSERVATION N°30

NOM/ G. MARIE LOUISE âge 82 ans-sexe féminin

HOSPITALISATION: 2.9.1966

DIAGNOSTIC D ADMISSION: ampullome vatérien

HISTOIRE DE LA MALADIE: début progressif depuis un mois environ par fièvre et frisson. Ictère retentionnel mais fluctuant. Vomissements, prurit. Opération le 2.9.1966: traitement palliatif pour lithiase vésiculaire et cholécystienne (Dr BISMUTH) et ampullome vatérien. Actuellement, ictère avec bilirubinémie à 140 mg/100; phosphatases alcalines élevées, tests hépatiques anormaux: SGOT, SGPT élevés.

LES TRAITEMENTS:

1° opération: anastomose hépatico duodénale plus cholecystectomie (Dr BISMUTH) 2.9.1966

Exploration: foie de coloration et de consistance normales. Vésicule très volumineuse. VEP dilatée, grosse comme un pouce. Tête du pancréas indemne. Au niveau de la papille, un nodule dur. Calcul de volume d'une olive sur VEP. Biopsie: épithélioma papillaire non infiltrant de l'ampoule.

2° opération le 15.7.1970 par le Dr LACHAUX et le Dr MONTANAKIS : gastro enterostomie précolique.

Résumé clinique: suites de la première opération: un épisode transitoire d'angiocholite.

A part cela, 4 ans d'évolution sans troubles notables. Puis survient une fièvre d'allure angiocholitique avec une intolérance gastrique progressive et absolue. Hépatomégalie plus volumineuse, masse fixée épigastrique.

Examens: phosphatases alcalines élevées. Sténose presque totale à la partie basse de D2 avec à ce niveau une volumineuse prolifération intra-duodénale avec une ulcération.

R.CR. OP (2°opération)

Exploration: absence d'ascite et de carcinose péritonéale. Une énorme tumeur développée sur la ligne médiane de la région duodéno-pancréatique avec extension ganglionnaire importante dans la racine du mésentère et un envahissement au niveau du 4° duodénum et de l'angle duodéno-jujénal.

R.CR. MACROS. ET HS HIST. DR E. MARTIN (22.9.1966)

Il s'agit d'un épithélioma papillaire non infiltrant de l'ampoule, associé à une cholécystite lithiasique, inflammatoire subaiguë et scléreuse.

OBSERVATION N° 12

NOM: M... ALFRED âge 55ans sexe masculin

HOSPITALISATION: II.10.1968

DIAGN OSTIC D ADMISSION: ampullome vaterien.

HISTOIRE DE LA MALADIE:

3 mois avant, apparition progressive d'un ictère accompagné de prurit et d'une baisse de l'état général avec amaigrissement de 18 kg.

Première opération le 20.09.1968 .Cholécystotomie. L'état général s'améliore. Bilirubine 36 0/00 mg. Tests hépatiques : normaux.

AN TCECEDENTS: lithiasse non mentionnée.

OPERATION : la 2° (23.10.1968)

D . P . C . plus cholecystectomie.

R. CR. M. ET H. (Dr E. MARTIN):

Macro: au niveau de la papille, ulcération . . néoplasique de 35x20 mm limitée par un bourrelet végétant. Infiltration tumorale du bas choledoque.

Histo: il s'agit d'une prolifération néoplasique faite de végétation papillaire plus ou moins ramifiée à épithélium : . . basophil quelquefois muco_sécrétant. Villosités intriquées à des formations tubulo alvéolaires s'infiltrants en profondeur.

Résumé: AK papillaire végétant et tubulo alvéolaire intéressant ampoule et cholédoque, diffusant dans le pancréas avoisinant et déjà au stade 4 avec diffusion multiganglionnaire plus cholecystite oedémateuse et diverticulaire.

SUITES IMMEDIATES : 2° opération : bonnes

SUITES ELOIGNEES : 21.10.1969

récidive ou métastase très probable. Douleurs.

THE HISTORY OF THE

REIGN OF

CHARLES THE FIRST

BY

JOHN BURNET

OF THE UNIVERSITY OF OXFORD

IN TWO VOLUMES

LONDON

Printed by J. Streater, at the Sign of the Gun, in St. Dunstons Church-yard, near St. Dunstons Church, in the City of London.

1679

THE SECOND VOLUME

BIBLIOGRAPHIE

- ADLOFF et ROUSSELOT: DOCUMENTS STATISTIQUES DES PARTICIPANTS AU COLLOQUE 1^o partie
"les tumeurs malignes"
 in"colloque organisé à l'hôpital VAUGIRARD en Octobre 1967
 à l'occasion du 69^e congrès français de chirurgie."
 Journal de chirurgie.Tome 97 .N^od'AVRIL,année 1969 page 479
- ARSAC DUODENOPANCREATECTOMIE CHIRURGIQUE POUR AMPULLOME VATERIEN
 in"colloque organisé à l'hôpital VAUGIRARD en octobre 1967 à l'occa
 sion du 69^e congrès français de chirurgie"
 Journal de chirurgie.Tome 97.N^od'avril,Année 1969 page 469
- ATLAS OF TUMOR PATHOLOGY 5 (U.S.ARMED FORCES)-JAMES A. EDMONDSON M.D.
TUMORS OF THE GALLBLADDER AND EXTRA HEPATIC BILE DUCTS
 section 7 fascicule 26 Page 121
- ABIGNOLI CANCER DE L'AMPOULE DE VATER
 Marseille médical année 1951 page 316
- ALAN BLAKE,GAZZANIGA,ANDREW,MICHAEL MUMSTER,FREDERICK PHELPS,ROSS.
ADENOCARCINOMA OF THE COLON AND RECTUM
 Amér. jour. of surgery
 année 1970.Volume 120 page 62
- B RILEY G CHEMOTHERAPY ET HORMONOTHERAPY
 numéro spécial sur la carcinologie REVUE DU PRATICIEN
 21 octobre 1970 tome XX,n^o27 page 4.259
- BOWDEN, MAC NEER CARCINOMA OF THE HEAD OF THE PANCREAS
 Amér. Jour. of surgery
 année 1965. volume 109. page 578
- BAGGENSTROSS A.A. MAJOR DUODENAL PAPILLA VARIATION IN PATHOLOGY INTEREST AND LESION
OF THE DUCSA
 Proc. Staff Meeting of MAYOCLINIC
 année 1958.Volume 13 page 29
- BRUNSCHEIG A. RESULTS OF PANCREATICO DUODENECTOMY
 Cancer
 année 1949 Volume N^o2 page 273
- CHU BENIGN METAPLASIA OF THE EXTRAHEPATIC BILIARY DUCT
 Archives of pathology
 année 1950 volume N^o50 page 84
- CAROLI DIAGNOSTIC DU CANCER DE L'AMPOULE DE VATER
 Semaine des hôpitaux de Paris
 année 1949 N^o31 du 26 avril Page 1.314
- CAROLI,SOUPAULT,CHAMPEAU:
PAPILLOME ET PAPILLOMATOSE DE LA VOIE BILIAIRE PRINCIPALE
 "in colloque de l'hôpital Saint Antoine sur les maladies du foie"
 Revue méd. de chirurgie
 année 1950 volume N^o50 page 84
- CHATELIN TUMEURS BENIGNES DE LA PAPILLE DUODENALE
 in"colloque à l'hôpital VAUGIRARD,octobre 1967 "
 Journal de chirurgie
 année 1969 Volume N^o97 N^od'avril page 460
- CHATELIN TECHNIQUES OPERATOIRES DE L'AMPULLECTOMIE
 in" colloque organisé à l'hôpital Vaugirard en Octobre 1967
 Journal de chirurgie année 1969 N^od'avril Volume 97 page 465

5. - CATTELL and PIRTCK : PREMALIGNANT LESION OF THE AMPULLA OF VATER.
Surgery, gynecology obstet,
Année 1950, vol. 90, page 21.
6. - CHADLI : ETUDES ANATOMO-CLINIQUES DES CAS DE CANCER DE L'AMPOULE DE VATER OBSERVES A L'INSTITUT DE PATHOLOGIE DE STRASBOURG
Annales d'anatomie pathologie,
Année 1957, tome 2, n° 1, page 109.
7. - COULAND Christian : LE CANCER DE L'AMPOULE DE VATER.
A propos de quatre observations
Thèse, Paris 1960.
8. - CUIILLERET et G. TETE : LES CANCERS DE LA REGION VATERIENNE
Encyclopédie médico-chirurgicale,
1968, 7.057 - A.50, page 1.
9. - DENOIX Pierre : NOUVELLES TENDANCES DANS LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DES CANCERS
Revue du praticien,
21 octobre 1970, tome XX, page 4.201
10. - DENOIX Pierre : IMPORTANCE DES RELATIONS HOTE TUMEUR DANS L'EVOLUTION DES CANCERS HUMAINS
Revue française ét. clin. et biol.
Année 1962, n° 3, page 241.
11. - DREILING D.A. et JANAWITZ H.D. (tableaux empruntés à) UN GASTROENTEROLOGY
Bockus 2ème éd. Année 1966, vol. III, page 912.
12. - DENNIS C. et VARCOS : NEOPLASTIC BILIARY OBSTRUCTION. AN IMPROVED TYAN OF RADICAL PANCREATICO DUODENECTOMIE FOR AMPULLOM DU PANCREATIC CANCER
Surgery
Année 1946, vol. 20, tome 1, page 72.
13. - DENNIS et VARCOS : SURVIVAL FOR MORE THAN FIVE YEARS AFTER PANCREATICO DUODE-NECTOMIE FOR CANCER OF THE AMPULLA AND PANCREATIC HEAD.
Surgery ?
Année 1956 vol. 39, tome 1, page 92.
14. - DELAVIERRE P., P. VAYRE, J. HUREAU : LES FAITS ANATOMO-CLINIQUES ET LEURS CONSEQUENCES PRATIQUES.
Colloque organisé à l'hôpital Vaugirard en octobre 1965,
Journal de Chirurgie, année 1969,
Tome 97, avril, page 448.
15. - DENJOY : LES TUMEURS BENIGNES DE LA PAPILLE DE VATER
Journal de chirurgie, année 1968,
N° 2, tome 95, page 211.
16. - DEUCHER F. und K.J. VILLIGER : ZWEI MALIGN DEGENERIERTE DUODENAL PAPILLOM 10 UND 14 YARES HEILING NACH DUODENOPANCREATEKTOMIE.
Schweizerische midizinische Wochenoschrift,
1968, n° 40, page 1.822.

27. - D A R B I N S K I : DE LA PAPILLE DUODENALE MAJEURE CHEZ L'HOMME, SPECIALEMENT EN CE QUI CONCERNE SA MUSCULATURE.
J. Anat. (Londres)
Année 1969, vol. 69, page 353.
28. - D R A P I E W S K I CARCINOMA OF THE PANCREAS A STUDY OF NEOPLASTIC INVASION OF NERVES AND THE POSSIBLE CLINICAL SIGNIFICANCE.
Ann. J. Clin. Path.
Année 1944, vol. 14, page 549.
29. - EXCERPTA MEDICA SECTION 16
July 1970, page 639.
30. - EDWARD BERK, J. And WILLIAM'S HAMBRICH : MALIGNANT TUMORS OF THE COLON AND RECTUM
Gastroenterology bockus, 2° ed.
Année 1966, vol. 11, ch. 73, page 989
31. - ELTON MOREL and JACOB JANSSEN and CARTER J. : PANCREATICO DUODENAL RESECTION
Anier J. of gastroenterology,
Année 1954, Vo. 21, n° 6, page 436.
32. - EPFELBAUM : 50 OBSERVATIONS DU CANCER DE LA REGION VATERIENNE.
Thèse, Paris 1961.
33. - FERRANDU Salvatore : CARCINOMA DELLA PAPILLA DI VATER.
Archivo Italiano malattia digerente
Année 1944, vol. 12, page 3.
34. - F E R O L D I : LES CANCERS DE L'AMPOULE DE VATER. UN CANCER PRIMITIF DU FOIE ET DES VOIES BILIAIRES.
Etudes anatomo-pathologiques et biologiques.
1 volume 245 pages, Masson & Co ed. Paris 1958
Page 161
35. - FISHER A.W., SPATH und KÖK : PROBLEME DER PANCREASCHIRURGIE
Arch. Klin. Chir.
Année 1955, n° 282, page 273.
36. - FONSTER J.H. : A TEN YEAR EXPERIENCE WITH CARCINOMA OF PANCREAS (a cooperative study)
Archives of surgery
Année 1968, n° 94, page 322.
37. - GENY J. et J. : PLACE ET ROLE DE LA CHIRURGIE DANS LES TRAITEMENTS DU CANCER.
Revue du praticien,
Octobre 1970, tome XX, page 4.215.
38. - G Y R K. : ERGEBNIS DER CHIRURGISCHEN THERAPIE BEIM PERI AMPULLAREN KARZINOM
Schweir. Méd. Wschr. Année 1969
N° 8, 99 ; page 95.

9. - GORDON J. MADDING, PAUL A KERNERDY, E. RICHARD SOLGEMEITER :
HEPATIC LIGATION ARTERY FOR METASTATIC TUMOR IN THE LIVER.
Amer J. of surgery,
Année 1970, volume 120, page 95.
10. - HARRY S. GOLDSCHMITH, BRIMAL C., GHOSH :
CARCINOMA OF THE STOMACH
American Jour. of surgery,
Septembre 1970, volume 120, page 319.
11. - HENNING NORBERT UND SIEGFRIED WITTM :
ATLAS DES GASTROENTEROLOGISCHEN ZYTOLOGISCHEN
1 volume Georg Thieme Verlag Stuttgart,
1968, page 21.
12. - H O U D A R D :
DIAGNOSTIC DU CANCER DE L'AMPOULE DE VATER ET SON TRAITEMENT,
PARTICULIEREMENT PAR LA DUODENOPANCREATICTOMIE CÉPHALIQUE.
Thèse, Paris 1949.
13. - K O S S :
DIAGNOSTIC CYTOLOGY
1 volume, 2ème édition du Petit manuel médical, Lippincott,
Année 1968, page 479.
14. - K I R L E P. :
CARCINOMA PAPILLAE VATERI
Wiener méd. Wsh.
Année 1956, n° 45, page 932.
15. - KERN E., GRUTZFELD W., KÜMMERLE F. und GRAMER :
RADICAL PALLIATIVE ODER KONSERVATIVE BEHANDLUNG DES PANKREAS
KARZINOM
Langenbeck Arch. Klin. Chir.
Année 1963, Volume 303, page 456.
16. - LEVASSEUR J.C. et VAYRE P. :
LES ANASTOMOSES PALLIATIVES DANS L'AMPULLOME VATERIEN
In coll. org. à l'hôpital Vaugirard en octobre 1967
Journal de chirurgie, année 1969,
Volume 97, avril, page 474.
17. - LIEBERT, STEWART and LUND :
CARCINOMA OF THE PERIPAPILLARY PORTION OF THE DUODENUM
Annals of surgery, année 1939
N° 109, tome 2, page 219,
N° 109, tome 3, page 383.
18. - LAUMONNIER :
ETUDES ANATOMO-CLINIQUES DE 4 TUMEURS MALIGNES DE L'AMPOULE
DE VATER.
Annales d'anatomopathologie, année 1957,
Tome 2, n° 1, page 120
19. - LEMON Henry, BIRNIE W.W. : CANCER OF THE BILIARY TRACT AND PANCREAS. DIAGNOSTIC FROM
CYTOLOGY GASTROENTEROLOGY.
Année 1952, n° 22, page 214.

0. - MALLORY : PAPILLOMA OF PAPILLE OF VATER
New England, J. Néed.
Année 1936, volume 214, page 786.
1. - MALLET Guy, JACQUEMET, LIOTTA : LE DIAGNOSTIC PRECOCE DES TUMEURS VATERIENNES PAR LA DUODENO-GRAPHie HYPOTOMIQUE
M. Aca émie de chirurgie de Paris
Année 1958, n° 32, tome 33, page 996.
2. - MATHIS : A PROPOS DE CINQ TUMEURS DE L'AMPOULE DE VATER
Annales de chirurgie
Année 1967, n° 21, page 1.516.
3. - MAZINGARBE : PAPILLECTOMIE POUR CANCER DE L'AMPOULE DE VATER. RECIDIVE, PANCREATECTOMIE TOTALE, GUERISON 4.
M. Aca émie de chirurgie de Paris,
Année 1951, page 655.
4. - MORRIS P., NARDI J. : PANCREATICO DUODENAL CANCER
Expérience from 1951 to 1960, with a look ahead felind :
Archives of surgery, année 1966
Volume 92, page 834.
5. - MONGE J.J. : SURVIVAL OF PATIENTS WITH SMALL CARCINOMA OF THE HEAD OF THE PANCREAS BILIARY INTESTINAL BYPASS. V.S. PANCREATICO DUODENECTOMY
Annales of surgery, année 1967
Volume 1966, page 6
6. - MARTIN Etienne, BARGE Jannine, MARCHE Claude : VALEUR DU DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE DES ODDITES
Annales de chirurgie,
Année 1966, volume 20, n° 5 et 6, page 321
7. - MILLER J.M. et DOCKERTY : CARCINOMA IN THE REGION OF THE PAPILLA OF VATER. A STUDY OF CARCINOMA WHICH RESECLIR WAS PERFOUNS
Surgery gyn. O.B.
Année 1951, n° 92, page 172.
8. - MONGE J.J. et JUDE : RADICAL PANCREATECTOMY
A 22 year experience with complication murtality rate and survival rate. - Annals of surgery.
1964, n° 160, page 711.
9. - NORDECK UN. BÖHM : BEITRAG ZUR KETNNIS DER GALTENWEGSTARZINOM
Langenbecky Arch. Klin. Chir.
Année 1969, volume 323, page 260
0. - NAPOLITANO A. TUMINO G. FRANSCHINI R. STUDIO COMPARATIVO SUI VANTAGGIO DELLA DUODENOGRAFIE IPOTONICA RISPETTO ALL'ESAMO RADIOGRAFICO STANDARD DEL DIGERENTE: NULLA DIAGNOSI DELLA APPEZIONE DEL PANCREAS ET DELLA PAPILLAE DI VATER
Annali Italiani di chirurgia
Année 1967, n° 43, page 399.

61. - NASON L. : SURGICAL TREATMENT OF CARCINOMA OF THE AMPULLA OF VATER
J. Intern. Coll. Surgeons
Année 1956, n° 4, page 406
62. - ORCEL : LES CANCERS DES VOIES BILIAIRES
Un cancer primitif du foie. Etudes anatomo pathologiques
et biologiques, 1 volume, Masson et C° Ed.
Paris 1958, pages 111 et 160
63. - PATEL J. KUSS R. DUBOST : AMPULLOME VATERIEN
Caractères anatomocliniques et traitement opération.
Journal de chirurgie
Année 1946, n° 62, page 30
64. - PUESTOW (G.B.) WUETZ and OLANDER (C.A.) : CARCINOMA OF AMPULLA OF VATER AND HEAD OF PANCREAS CAUSING JAUNDICE
A. M. A. Archif of surgery
Année 1954, n° 69/4, page 564
65. - PERI G. TRIVELLINI : AMPULLONA VATERIANI
Archivo Italiano di chirurgia
Année 1968, n° 94, page 311
66. - PAPAMILTIADES, RETTON R. : ARCHITECTURE MUSCULAIRE DE LA FONCTION CHOLEDOCO-PANCREATICO-DUODENALE
Acta anatomica
Année 1957, n° 30, page 576
67. - PORTER MILTON R. : K. OF THE PANCREATICO DUODENAL AREA OPERABILITY AND CHOICE OF PROCEDURE
Annales of surgery
Année 1957, n° 30, page 576
68. - RAE J. MAC, Harold COLIN, Jackson Mey : CARCINOID OF THE AMPULLA OF VATER
Surgery
Année 1952, n° 42, page 962
69. - ROUX Charles DEBRAY, LE CANUET : PATHOLOGIE CHIRURGICALE DES VOIES BILIAIRES EXTRA-HEPATIQUES
Editions Masson, Paris 1961
Année 1961, pages 145 et 483
70. - RASKIN H.F., WENGER J. : THE DIAGNOSTIC OF K. OF THE PANCREAS, BILIARY TRACT AND DUODENUM BY COMBINED CYTOLOGIE AND SECRETORY METHOD
Part. 1 : Explicative cytology and description of a rapid
method of duodenal intubation.
Gastro enterology
Année 1958, n° 34, page 996



71. - R E T T O R I : ETUDES MORPHOLOGIQUES DU SYSTEME MUSCULAIRE DE LA FONCTION CHOLEDOCO PANCREATICO DUODENALE
Presse médicale
Année 1956, n° 64, page 1.208-1.291
72. - RICHARD ROSEN : CYTOLOGIC DIAGNOSIS OF PANCREATIC CANCER BY DUCTAL ASPIRATION
Annales of surgery
Année 1968, n° 107, page 427
73. - S O U P A U L T : L'AMPULLOME VATERIEN
Actualités hépato-gastro-entérologiques de l'Hôtel Dieu
1 volume, ed. Masson, Paris 1957,
Page 22
74. - SCHMITH John W. : RADICAL PANCREATECTO-DUODENECTOMY PAR PERIAMPULLARY MALIGNANCY
Amér. J. of surgery
Octobre 1969, n° 118, page 646.
75. - SWEGLER & BOYDEN E.A. : THE DEVELOPMENT OF THE PARS INTESTINALS OF THE COMMON BILE DUCT IN THE HUMAN FOETUS WITH SPECIAL REFERENCE TO THE ORIGIN OF THE AMPULLA OF VATER AND THE SPHINCTER OF ODDI.
Anatomical Record
Année 1937, n° 67, page 441
n° 68, pages 17 et 193
76. - S P I J U T : AN ELEVATION OF BIOPSY. FROZEN SECTION OF THE AMPULLARY REGION AND PANCREAS
Annales of surgery
Année 1957, n° 146, tome 6, page 923
77. - SILER und ZINNIGER : SURGICAL TREATMENT OF CARCINOMA OF THE AMPULLA OF VATER AND EXTRA HEPATIC BILE DUCT
Arch. of surgery
Année 1948, n° 56, page 199
78. - TASHIO SATO, SAITOH Y, KOYAMAK, WANTANABE : PREOPERATIVE DETERMINATION OF OPERABILITY IN CARCINOMA OF THE PANCREAS AND THE PERIAMPULLARY REGION.
Départ. of surgery Tohoku Univ. Sch. of méd. Sendai
Ann. surgery, année 1968,
168/5, page 876
79. - TSIER HSIEN, CHU, HUANG, TS'UI, TSINY : CARCINOMA OF PANCREAS AND AMPULLA OF VATER
Chir. H.J.
Année 1957, Vol. 75, n° 9, page 729
80. - VAYRE P., LECANTUET : LES EXAMENS RADIOLOGIQUES AU COURS DES TUMEURS VATERIENNES
Un colloque organisé à l'hôpital Vaugirard en 1967
Année 1969, Volume 97, avril, page 450

- 81- VAYRE P., J. H UREAU :
Le traitement chirurgical des tumeurs vateriennes
Synthèses des observations présentées.
In"colloque organisé à l'hôpital Vaugirard en octobre 1967
Journal de chirurgie
année 1969 vol 97 n° d'avril page 47 6
- 82- VARAY A.: Ampullome vatérien
Presse médicale
année 1950 vol 46 n° de juillet page 825
- 83- VOSSSCH ULTE A.W., GIESSEN A., D. LAHN:
Problem der pancreaschirurgie
Arch.Klin. Chir.
année 1955 n° 282 page 544
- 84- WH IPPLE, PARSON, MULLERIS:
Treatment of the carcinoma of the ampulla of Vater
Annals of surgery
année 1935 vol 102 page 763
- 85- WEN GER J., RASKIN H. :
The diagnostic of the cancer of the papilla, biliary tract
and duodenum by combined cytology and secretory method
Part II
Gastroenterology
année 1958 vol 34 page 1009
- 86- WAREN A.: A long term appraisal of pancreaticoduodenectomy resection for periampullary carcinoma
annals of surgery
année 1952 vol 155 page 1935
- 87- WEDELL J., SCHLUTE H.D., SCH UTE H.:
Zur Klinik pathologie und chirurgischen therapie des
Karzinoides des gastrointestinaltrakts:
Langenbecks Arch. Klin. Chir.
année 1969 n°323 page 318
- 88- MONGE J.J., MALCOLM B. DOCKRTY:
Carcinoma of the peripapillary region:
Surgery, Gynecology, Obstetrics.
année 1964 vol 118 page 275

oooooooooooo

